Aus der Neurologischen Klinik und Poliklinik im Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin

Direktor: Prof. Dr. med. Hans Schliack

Katamnestische Erhebungen zum Problem des Torticollis spasticus

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

1975

vorgelegt von Kleinert, Johannes Groß-Grünau

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533913_0037

Aus der Neurologischen Klinik und Poliklinik im Klinikum
Steglitz der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. med. Hans Schliack

Katamnestische Erhebungen zum Problem des Torticollis spasticus

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Kleinert, Johannes
Groß - Grünau

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Referent: Prof. Dr. H. Schliack

Korreferent: Priv. Doz. Dr. M. Wolter

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 5. Mai 1975

I. Einleitung und Aufgabenstellung

II. Torticollis spasticus

a) Definition und Symptome

b) Formen des Schiefhalses und ihre Differentialdiagnose

c) Ätiologie und Pathogenese des eigentlichen Torticollis spasticus

d) Behandlungsmethoden

III. Kasuistik

IV. Diskussion

V. Zusammenfassung

VI. Literaturverzeichnis

I. Einleitung und Aufgabenstellung

Seit der Torticollis spasticus Ende des vorigen Jahrhunderts als selbständiges Krankheitsbild aufgefaßt wurde, ist er in dem Gebiet der extrapyramidalen Bewegungsstörungen sowohl in der Ätiologie als auch in der Therapie sehr umstritten.
Die Entwicklung einer Therapie für dieses Krankheitsbild ist ein beredtes und eindrucksvolles Spiegelbild der Entwicklung der Neurologie in den letzten einhundert Jahren. Während der größere Teil der Neurologen ausschließlich an eine organische Ursache glaubt, exsistiert eine nicht geringe Zahl, die dies zumindest in dem Gros der Fälle ablehnt und dafür eintritt, daß der Torticollis spasticus als ein auf dem Boden einer psychischen Störung beruhendes Krankheitsbild aufgefaßt wird.

Aufgabe dieser Arbeit soll es sein, einen Beitrag zur Klärung der Kontroverse zu leisten. Im Rahmen dieser Arbeit wurden 18 von 36 an einem Torticollis spasticus erkrankten und von der Neurologisch - Neurochirurgischen Universitäts-Klinik beziehungsweise Poliklinik des Städtischen Krankenhauses Westend Berlin - Charlottenburg in der Zeit von 1949 bis 1969 erfaßten, untersuchten und behandelten Patienten nachuntersucht, wobei neben einer sorgsamen neurologischen Untersuchung das entscheidende Augenmerk auf die Anamnese, den Zeitpunkt des ersten Auftretens der Krankheitssymptome und den psychischen Befund gelegt wurde. All diese Befunde wurden mit den Untersuchungsergebnissen der Erstuntersuchung unter Berücksichtigung einer eventuell zwischenzeitlich durchgeführten Therapie verglichen.

II a. Definition und Symptome

Nach FOERSTER versteht man unter Torticollis spasticus alle diejenigen Formen von Schiefhals, die auf einer abnorm erhöhten Aktivität derjenigen Muskeln beruhen, welche den Kopf drehen beziehungsweise neigen. Der Torticollis spasticus ist in den meisten Fällen durch langsame, intermittierende, teilweise krampfartige und ruckweise Kontraktion des vom [illegible] versorgten Musculus [illegible], des oberen Anteiles des Musculus trapezius und eines Teiles der tiefen Halsmuskulatur gekennzeichnet, was zu einer Seitwärtsdrehung des Kopfes zur Gegenseite und Neigung zur gleichen Seite führt. Das Kinn wird dadurch bei der Drehung [illegible] [illegible] und das Ohr [illegible] Seite der [illegible]. Trotz des Versuchs mittels antagonistischer Muskelgruppen einen Ausgleich zu der Zwangsbewegung zu finden, sind häufig auch klonische Bewegungsabläufe erkennbar. Die Zwangsbewegung dauert meist einige Sekunden und ist in der Regel nicht unterdrückbar. Am Endpunkt angelangt verbleibt der Kopf [illegible] Zeit in der extremen Haltung und wird bei [illegible] (FOERSTER) zurückgedreht. Bei der Vielzahl der an der Zwangsbewegung beteiligten Muskelgruppen kann das Krankheitsbild sehr vielfältig [illegible]. Die für den Torticollis spasticus typischen Symptome sind jedoch nur auf die Kopf-Halsregion beschränkt und schließen extrapyramidale Symptome an den Extremitäten aus.

Als Ausdruck der erhöhten Aktivität kommt es zu einer Hypertrophie und gesteigerten Tonisierung des betroffenen Musculus sternocleidomastoideus und zu einem Anheben der dem betroffenen Muskel entgegengesetzten Schulter.

II b. <u>Formen des Schiefhalses und ihre Differentialdiagnose</u>

Außer dieser in der überwiegenden Zahl der Fälle auftretenden Form des Torticollis spasticus, gibt es den durch rhythmische Rückwärtsbewegung des Kopfes hervorgerufenen Retrocollis, bei dem beide Musculi sternocleidomastoidei vermehrte Aktivität zeigen.

Für viele der an einem Torticollis spasticus Erkrankten ist eine typische "geste antagoniste" charakteristisch. Durch ein meist nur sanftes Anlegen der Hand, der Finger oder eines Gegenstandes an das Kinn beziehungsweise an die Wange kann die zwanghafte Bewegung aufgehalten, bei längerem Training auch verhindert werden.

Neben diesen durch ihre charakteristischen krampfartigen Bewegungen hervorgerufenen Formen gibt es eine Vielzahl fixierter Schiefhalsformen, die hier nach der Aufstellung im Handbuch der Inneren Medizin nach HASSLER aufgeführt werden; das Caput obstipum, die angeborene Schiefstellung des Kopfes durch Anomalien der Halswirbelsäule; den muskulären Schiefhals, der

meist mit einer Gesichts- und Schädelasymmetrie einhergeht und erbliche und geburtstraumatische Ursachen hat, sowie den erworbenen Schiefhals ohne zentrale Ursache. Hierfür wurden rheumatische und entzündliche Erkrankungen der Halsmuskeln, Spondylosen, Frakturen, Subluxationen, Discushernien und Arthritiden der oberen Halswirbelsäule, traumatische Reizzustände sensibler Halsnerven, Nackenfurunkel, Mastoiditis, Pharyngitis, Zustände nach Tonsillektomie und wie von FOERSTER beschrieben Aneurysmen der Arteria vertebralis verantwortlich gemacht.

Eine weitere Form ist der oculäre Schiefhals, bei dem es wegen einer Trochlearislähmung zur Schiefhaltung des Kopfes kommt.

Bei der Durchsicht der Literatur zur Ätiologie des Torticollis spasticus findet man sich zwei diesem Problem konträr gegenüberstehenden Gruppen. Während die einen (unter anderem FOERSTER, HERZ, GLASER, SCHALTENBRAND, HASSLER, [illegible], LHERMITTE, ERB, BABINSKI, BERNHARDT, CURSCHMANN, CASSIRER, [illegible], WARTENBERG, JACOB und BARRE) eine organische Ursache vertreten, macht eine zahlenmäßig kleinere Gruppe (MEIGE, FEINDEL, JENDRASSIK, KOLLARITIS, CLEVELAND, BARR, HILL, WILDER und M. MITSCHERLICH) in den meisten Fällen eine psychische Störung für die Entstehung eines Torticollis spasticus verantwortlich. Auch von den Wissenschaftlern, die eine organische Genese vertreten, wird erklärt, daß bisher ein für den Torticollis spasticus typischer

hirnpathologischer Befund fehlt. Bei den wenigen in der Literatur beschriebenen Fällen fand sich eine Veränderung in den Basalganglien, vor allem im Putamen, die jedoch auch bei anderen Krankheiten, wie zum Beispiel dem essentiellen Tremor, dem Morbus WILSON und der nicht heriditären Chorea auftritt. Ein von C. und O. VOGT beschriebener hirnpathologischer Befund bei Torsionsdystonie am Thalamus und von HESS an der Katze durchgeführte tierexperimentelle Ergebnisse ließen das Centre médian im Thalamus als ursächliches Gebiet für die Entstehung eines Torticollis spasticus in den Vordergrund treten. Die endgültige Sicherung durch therapeutisch eindeutig positiv verlaufende stereotaktische Eingriffe in diesem Gebiet steht noch aus. Nach STUTTE tritt der Torticollis spasticus in einem Teil der Fälle vermehrt in Familien mit gehäuft auftretenden extrapyramidalen Erkrankungen auf und ist häufig Beginn einer Torsionsdystonie oder einer Chorea Huntington. Als eine andere organische Ursache werden postencephalitische Komplikationen von Infektionskrankheiten beschrieben. BRÄUTIGAM bezeichnet in seiner Arbeit 20 % als postencephalitisch. In einer gleich großen Zahl soll seiner Meinung nach auch die postencephalitische Parkinsonie spätes auftreten, was nach den heutigen Erkenntnissen eine viel zu hohe Prozentzahl ist.

Traumatische Schädigungen der gleichen Seite, nach der später die Drehung stattfindet, werden ebenso wie funktionelle Be-

lastungen durch ständige, einseitige, auf ein enges Objektfeld gerichtete Kopfbewegungen ursächlich angeführt.
Immer wieder wurde das psychisch auslösende Moment beschrieben, wegen eines oft fehlenden Erfolges der Psychotherapie jedoch von den somatisch orientierten Wissenschaftlern abgelehnt. Die von MEIGE und FEINEL als wichtiges diagnostisches Mittel bezeichnete "Geste antagoniste" zur Bestimmung eines psychogenen Torticollis spasticus wird häufig auch bei anderen Bewegungsstörungen und Tics angewendet und kann nicht als sicheres differentialdiagnostisches Mittel herangezogen werden. Auch eine Zunahme unter psychischem Streß ist kein beweisendes Kriterium. CLEVELAND und M. MITSCHERLICH beschrieben bestimmte für diesen Krankheitsbild typisch veränderte Verhaltensweisen. So ist nach CLEVELAND, der 17 Männer einem psychologischen Test unterzog, bei Patienten mit einem Torticollis spasticus die Schuldthematik und das Verhältnis zur Vergangenheit gestört. Als Kontrollgruppe dienten ihm 20 Personen mit einem nicht auf Kopf oder Hals bezogenen Konversionssyndrom. Er zieht daraus den Schluß, daß der Torticollispatient gegen frühere Erfolgserwartungen der Eltern ankämpft und sich, wegen des Unvermögens diese zu realisieren, in die Vergangenheit zurücksehnt. Einen Fall mit ähnlicher Problematik beschrieb M. MITSCHERLICH am Beispiel einer 44-jährigen Kindergärtnerin in ausführlicher Form, bei der der Torticollis spasticus einen Teil eines Fluchtreflexes bei be-

gierender Eigenständigkeit gegenüber dem ihre ganze Persönlichkeit beherrschenden Vater darstellte. Hier wie in anderen Beschreibungen ([illegible], HILL und [illegible]) führte eine psychotherapeutische Behandlung zu einem eindeutigen Therapieerfolg. Die von einigen Autoren vertretene Ansicht, daß psychische Veränderungen erst sekundäre Folgen des den Kranken in seiner Umgebung stark beeinträchtigenden Zustandes seien, [illegible] die oben beschriebenen Untersuchungen, die ein [illegible] des Persönlichkeitsschema zeigen, widerlegen.

II d. Behandlungsmethoden

Bei der unklaren Ätiologie der Krankheit ist es selbstverständlich, daß auch die Therapie umstritten ist. Die ersten Behandlungen [illegible]

[illegible] führte. 1915 durchtrennte TAYLER die hinteren Wurzeln der ersten vier Halsnerven beiderseits intraspinal und den Nervus accessorius. FOERSTER war es 1920, der als erster zusätzlich zu den ersten drei cervicalen Hinterwurzeln die motorischen Wurzeln und die intraspinal verlaufenden Fasern des Nervus

accessorius durchtrennte. DANDY durchschnitt zusätzlich die peripheren Anteile des Nervus accessorius an seinem Eintritt in den Musculus sternocleidomastoideus. Als Operation nach

ist sie bisher die Standardoperationsmethode beim Torticollis spasticus. Ziel dieser Operation sollte es sein, die Halsmuskulatur so weit wie möglich zu denervieren, die motorischen Impulse abzuschneiden und über eine Deafferentierung eine Muskelhypotonie herbeizuführen. Das Ergebnis der Operation ist eine irreversible Atrophie der Halsmuskulatur und des Musculus sternocleidomastoideus mit einer starken Bewegungsbeeinträchtigung. SCHALTENBRAND führte in der Annahme, daß der durchtrennte Nervus accessorius regeneratorisch wieder Anschluß gewinnen könnte, eine zusätzliche, teilweise aber auch alleinige Solvochinverödung des Musculus sternocleidomastoideus durch. In neuerer Zeit, 1953 HASSLER und RIECHERT, bestehen Bemühungen durch stereotaktische Eingriffe am Pallidum einen besseren Therapieerfolg zu erreichen. Vollständige Heilung ist nach HASSLER auch hiermit bisher nicht zu erreichen gewesen. Eine entscheidende Rolle bei der Therapie kommt der Psychotherapie zu, wie die Beispiele von M. MITSCHERLICH, BARR und HILL beweisen, obwohl es auch hier immer wieder Versager gibt. Ursache hierfür können die äußeren Lebensumstände und die Angst, beim Auftreten des Torticollis als Zwangssymptom, dieses aufzugeben, sein. Ziel jeder Therapie sollte es sein, die Ruhe und Selbstsicher-

heit des Patienten zu fördern.

Neben [illegible] ker und Kokain lokal auf die Nasenschleimhäute, die lokale Behandlung mit Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung, Novocain und Alkohol, was zur Besserung, wahrscheinlich infolge Kontraktur der betroffenen Muskeln, führen sollte, sowie die orthopädische Behandlung mit Turbothermpackungen, Einreibungen, Kurzwelle, Massagen, gabelförmigen Stützen und Leder- oder Gipsmanschetten um Brust, Hals und Kopf. Letzteres führte häufig zu einem zusätzlichen quälenden psychischen und körperlichen Streß des Patienten, der nun seine zwanghaften Bewegungen nicht mehr ausführen konnte.

Nicht verschwiegen werden soll bei einer Betrachtung über die Therapie des Torticollis spasticus, daß es in einer nicht geringen Zahl von Fällen zu einer spontanen Remission kommen kann.

III. Kasuistik

Im Rahmen dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, 36 von der Neurologisch - Neurochirurgischen Universitäts-Klinik und Poliklinik des Städtischen Krankenhauses Westend Berlin erfaßte Patienten mit einem Torticollis spasticus nachzuuntersuchen. Der Beobachtungszeitraum umfaßt 20 Jahre, 1949 - 1969.

Von den erfaßten Patienten waren in der Zwischenzeit drei, zwei Frauen und ein Mann, verstorben. 5 Patienten, alles Frauen, waren vom Einwohnermeldeamt nicht erfaßt und damit nicht erreichbar. Zwei Patienten, eine Frau und ein Mann, waren aus Westdeutschland, nur einmal in der Poliklinik gewesen und daher im Rahmen dieser Arbeit nicht zu erfassen. 4 Patienten, drei Frauen und ein Mann, reagierten nicht auf meine Einladung.

Von 4 Patienten, mit A - D bezeichnet, die nicht zur Untersuchung erschienen, mir aber eine Mitteilung zukommen ließen, wird hier kurz der Erstbefund und anhand der Mitteilung der Verlauf angeführt, um sie später teilweise in der Diskussion mit anführen zu können.

A) D., Klaus geboren am 6.7.1929

Er erkrankte 1930 an einer Encephalitis und entwickelte danach zunächst eine Paralysis agitans mit Tremor und starker Salivation und 1948 einen zunehmenden Retrocollis. 1949 wurden bei ihm beide nervi accessorii und die Nervenwurzeln von C2 und C3 beiderseits durchtrennt. Nach kurzer zwischenzeit-

[illegible]

liefert werden, wo er seitdem lebt.

B) K., Margarete geboren am 12.6.1932

Diese Patientin befand sich 1962 wegen eines Torticollis spasticus nach rechts in der Neurochirurgischen Universitäts-Poliklinik. Sie hatte sich in der Zwischenzeit einer ausführlichen Psychotherapie unterzogen, die nach ihren telefonischen Angaben eine fast vollständige Heilung erbracht hatte. Einen vorgeschlagenen Termin konnte sie aus beruflichen Gründen nicht wahrnehmen, später wollte sie dann ohne Angabe von Gründen nicht mehr zur Untersuchung erscheinen.

C) P., Irmgard geboren am 21.3.1928

Bei dieser Patientin war ich im November 1969 zu Hause, um sie persönlich um ein Erscheinen zu bitten, nachdem sie zuvor auf meine schriftliche Einladung nicht reagiert hatte. Sie hatte sich 1965 in der Neurochirurgischen Universitäts-Poliklinik wegen eines seit 5 Monaten zunehmenden, krampfhaften, aber willkürlich noch unterdrückbaren Verdrehens des Kopfes nach rechts vorgestellt, das nach einer psychischen Streßsituation (lebt nach [illegible]

Therapievorschlag mit Sedativa und Psychotherapie. Bei meinem Besuch wurde mir von einem Bekannten der Patientin sehr barsch die Tür gewiesen und erklärt, daß Frau P. völlig gesund sei und da sie immer sehr lange arbeite, keine Zeit habe. "Das Ganze ist seelisch gewesen" und "wir wollen von der ganzen Sache nichts mehr wissen" waren die das Gespräch beendenden Worte. Die Patientin selbst habe ich weder gesehen noch gesprochen.

D) B., Helene geboren am 15.6.1911

Die Patientin entwickelte im November 1955 einen Torticollis spasticus nach rechts, nachdem sie einen Monat zuvor einen Unfall erlitten hatte und dabei auf die rechte Thoraxseite, nicht auf den Kopf, gestürzt war. Die Anamnese der Patientin war unauffällig, kein Anhalt für Encephalitis. Im Juni 1956 stationäre Aufnahme in die Neurochirurgische Universitäts-Klinik. Der Kopf wurde in einer Zwangshaltung nach rechts gedreht und leicht geneigt gehalten. Der Musculus sternocleidomastoideus war links kontrahiert und angespannt. Der übrige neurologische Befund war unauffällig. Die Patientin war von einfacher Persönlichkeitsstruktur, leicht depressiv und soll geäußert haben, daß, wenn keine Besserung eintreten würde, sie sich das Leben nehmen müsse. Es wurde zunächst eine Resektion der hinteren und vorderen Wurzeln von C1 - C3 beidersseits durchgeführt und da nach kurzer Zeit erneut eine Drehbewegung nach rechts einsetzte, der Nervus accessorius peripher, kurz vor dem Eintritt

in den Sternocleidomastoideus, in der zweiten Sitzung durchtrennt. Bei der Entlassung im August 1956 bestand jedoch weiterhin die Tendenz zur Kopfdrehung nach rechts. Danach keine Wiedervorstellung in der Neurochirurgischen Universitäts-Poli-Klinik. Auf meine schriftliche Einladung reagierte die Patientin nicht. Als ich sie im November 1969 persönlich zu der Kontrolluntersuchung bitten wollte, lehnte sie dies ab und meinte, ich sollte sie "in Ruhe lassen". Bei der kurzen Betrachtung an der Tür zeigte die sehr ordentlich und ängstlich gespannt erscheinende Patientin noch deutliche Symptome des Torticollis spasticus nach rechts.

18 Patienten folgten der Einladung und erschienen zu einer Kontrolluntersuchung. In der Arbeit werden sie nach dem Datum der ersten Untersuchung in der Neurologischen - Neurochirurgischen Universitäts-Klinik beziehungsweise Poliklinik geordnet aufgeführt und vorgestellt.

Patient Nr. 1 P., Alfred geboren am 15.6.1910

FA: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

EA: Als Kind Masern, 1926 Nackenfurunkulose, 1933 Appendektomie, 1946 Ischialgie rechts, 1953 Tonsillektomie.

Spezialanamnese: 1952 trat nach einer psychischen Streßsituation ein Torticollis spasticus nach links auf. Ein wegen Kinderlosigkeit ("meine Frau bekommt keine Kinder, ich habe mich untersuchen lassen, bei mir ist alles in Ordnung") angenommener P[illegible] geriet in "schlechte Gesellschaft", [illegible] der Berufsschule fern und war der Frau gegenüber frech, [illegible] [illegible], auch noch heute, [illegible]. Er hing sehr an dem Jungen und weiß heute noch das Geburtsdatum, obwohl er seit 1952 keinen Kontakt mehr mit ihm hatte. Aus diesem Grund gab es häufig Streit mit der Ehefrau, die seine Skrupel nicht verstand. 1952 erfolglos ambulante Behandlung mit Glissonschlinge, Massage und Lichtbügel. Dezember 1952 bis April 1953 stationäre Behandlung in der Neurologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin Neukölln.

Befund: Unwillkürliches Drehen des Kopfes nach links mit Nackenschmerzen. Skoliose und Steilstellung der unteren Halswirbelsäule und der oberen Brustwirbelsäule, schwerste Osteochondrose von C5 – C7. Therapie mit Atropin, Bindegewebsmassagen,

[illegible] Krankenhauses.

Hier wurde folgender Befund erhoben: Kopf im Stehen ständig nach links verdreht, Zurückdrehen des Kopfes nur mit Kunstgriffen unter Zuhilfenahme der Hände möglich, keine aktive Gegenbewegungen. Im Liegen wird der Kopf nur gelegentlich nach links gezogen, kann aktiv, besonders bei Gegendruck, gut zurückgedreht werden. Der Musculus sternocleidomastoideus rechts ist hart verspannt. Mäßige linkskonvexe Skoliose der unteren HWS und oberen BWS. Beide PSR waren negativ. Sonst neurologisch unauffälliger Befund. Am 22.10.1953 Durchtrennung des rechten Nervus accessorius vor seinem Eintritt in den Musculus sternocleidomastoideus. Regelrechter postoperativer Verlauf, nach kurzer zwischenzeitlicher [illegible] Universitäts-Klinik des Westend-Krankenhauses.

[illegible]

[illegible]

Vorderwurzeln von C2 und C3. Da die Impulse für die Kopfdrehung bald wieder auftraten, wurde bei dem Patienten eine Megaphenschlafkur mit 400 mg Megaphen und 400 mg Atosil täglich 14 Tage lang durchgeführt. Mit dem Wiedererwachen erneutes Einsetzen der Impulse zur Kopfdrehung nach links. Am 20.5.1956 Entlassung unter der Hoffnung, daß das häusliche Milieu eine Besserung erbringen würde. 1957 Durchtrennung des rechten Musculus sternocleidomastoideus, wodurch jedoch auch keine eindeutige Besserung eintrat. Seit dieser Zeit wurde nach Angaben des Patienten kein weiterer Therapieversuch mehr unternommen. Seit etwa 4 Jahren sei es allein dazu gekommen, daß er Gewalt über das Geschehen bekommen habe. Geste antagoniste: Anlegen des linken Mittelfingers an die linke Kinnhälfte, Oberlippe und Nasenflügel. Der Patient hält den Kopf meist nach rechts und verhindert so die ziehenden Bewegungen nach links.

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 25.9.1969: 59-jähriger Patient in gutem AZ. Schiefhaltung des Kopfes nach rechts, was der Patient als Geste antagoniste der von ihm als sehr schmerzhaft bezeichneten Zuckun-

gen nach links benutzt. Bei Geradeaushalten des Kopfes leichte Zuck- und Zitterbewegungen nach links. In dieser Haltung starke Schmerzen, weshalb er unter starkem Grimassieren und Kraftanstrengung den Kopf wieder nach rechts dreht. Der Kopf ist aktiv mit geringer Krafteinschränkung und passiv gut nach beiden Seiten drehbar. Geringer Schulterhochstand links. Zwei reizlose Operationsnarben an der rechten Halsseite und eine über der oberen HWS. Sensibilitätsausfälle im Bereich von C2 und C3, [illegible], vor allem an den oberen Extremitäten kaum auslösbare Muskeleigenreflexe. Alle übrigen neurologischen Befunde waren im Normbereich. Für ein extrapyramidales Leiden kein Hinweis.

Psychischer Befund: Sehr korrekter, [illegible] und überpünktlicher Patient, der schon eine Stunde vor dem Untersuchungstermin in der Klinik war und dies mit den Worten "ich hätte es ja verpassen können" rechtfertigte. Er hat es gern alles symmetrisch ("es muß alles korrekt und sauber sein, [illegible] kann ich nicht" - "ich muß im Dunkeln an den Schrank gehen können und alles finden" - "ich war schon seit meiner Kindheit so, meine Schwestern waren schlampig und ich machte dann immer Ordnung !"). Neben diesen anankastisch erscheinenden Zügen tritt deutlich ein Schuldkomplex ("meine Krankheit ist die Strafe dafür, daß ich den Jungen in ein Heim gegeben habe") auf. Er ist sehr passiv und steht offensichtlich stark

unter dem Einfluß seiner wesentlich aktiveren Frau, die, nachdem er wegen des Krankheitsgeschehens 1953 berentet wurde, arbeiten geht, während er "mit großer Freude" den Haushalt führt. Inwieweit hier Konflikte bestehen, war bei dem Patienten, der nicht an eine psychische Ursache seiner Krankheit glaubt, nicht zu eruieren - "das wollen Sie alles aufschreiben, da muß ich ja vorsichtig sein". Anscheinend hat er anfangs seiner Frau einen großen Teil der Schuld dafür gegeben, daß der Junge ins Heim mußte und je mehr er jetzt von dem Problem des ehemaligen Pflegesohnes abkommt, um so besser wird sein Krankheitsbild, was durch das "in den Griff bekommen der Zuckungen" durch die konstante Haltung nach rechts zum Ausdruck kommen könnte.

Patient Nr. 2 W., Paul geboren am 11.5.1892

FA: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

EA: 6-jährig Augenverletzung rechts, die zur Erblindung führte, 1927 Appendektomie, 1934 und 1939 Fahrradunfall mit Commotio cerebri als Folge des seit 1929 bestehenden Torticollis spasticus mit seinen einschießenden Bewegungszwängen. 1968 Netzhautablösung links mit fast vollständiger Erblindung.

Spezialanamnese: 1928/29 grippaler Infekt mit nachfolgender Meningo-Encephalitis. 3 Monate später stellte sich ein Torticollis spasticus nach links und Schleifen des rechten Beines ein. Bis 1932 ständige Verschlechterung. Ende des Jahres

1932 Einweisung in die Charité, wo ein Parkinsonsyndrom diagnostiziert wurde, nachdem er bis dahin als Rheumatiker behandelt worden war. Therapie mit Atropin, wodurch der Patient wieder arbeitsfähig wurde. 1939 Behandlung mit Homburg 680. 1947 Zunahme der unwillkürlichen Kopfbewegungen und erneute stationäre Behandlung mit Atropin. 1956 stationäre Behandlung in der Neurochirurgischen Universitäts-Klinik des Westend Krankenhauses, wegen seit Monaten zunehmender Parästhesien in beiden Armen und Schultern und athetoider Bewegungsstörungen des rechten Beines und beider Arme, rechts stärker als links. Torticollis spasticus nach links mit ständigen unwillkürlichen Kopfbewegungen und Grimassieren. Unter der Therapie mit Akineton kam es zu einer besserung. Seit 1962 auch erhebliche Beteiligung der Beine an dem Krankheitsbild, mit myoklonisch - athetotischen Bewegungen. Er fuhr seit dem nicht mehr in den Urlaub, was er früher trotz der Bewegungsstörungen sehr gern getan hatte.

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 29.9.1969: 77-jähriger Patient in ausreichendem EZ und reduziertem AZ. Ständige motorische Unruhe sämtlicher Extremitäten, des Kopfes und der Zunge - nicht des Rumpfes. Starker Tremor des Kopfes nach den Seiten und nach hinten - nach Angaben des Patienten wechseln die Bewegungen nach einer gewissen Zeit, was in der letzten Zeit häufiger vorgekommen

sei. ("einmal zieht der Kopf nach links, dann nach rechts und seit etwa 14 Tagen hauptsächlich nach hinten, was mit großen Schmerzen verbunden ist"). Hypertrophie beider Musculi sternocleidomastoidei. Starkes Grimassieren und [illegible] Sprache mit Scandieren. Choreatisch - athetotische Bewegungen der Arme mit dauernd einschießenden Myoklonien, rechts stärker als links. An den Beinen sieht man in Ruhe nur einen geringgradigen Tremor, der links stärker als rechts ist. Beim Laufen, das kaum möglich ist, kommt es zum Nachziehen des rechten Beines mit stark ausfahrenden Bewegungen. Schlaffer Tonus der Extremitätenmuskulatur. Alle Muskeldehnungsreflexe und die Bauchdeckenreflexe sind nicht auslösbar. Kein Pyramidenbahnzeichen. Die Sensibilität ist nicht gestört. Die Koordinationsversuche sind wegen der starken Myoklonien und der choreatischen Bewegungsabläufe nicht sicher zu prüfen.
Der psychische Befund ist ohne grobe Auffälligkeiten. Eine Therapie wird seit 1956 nur mit Akineton durchgeführt.

Patient Nr 3 L., Hans geboren am 29.1.1902

[illegible]

EA: Nie ernstlich krank gewesen. Kein Anhalt für Encephalitis.

[illegible]

von Beruf Bankkassierer war und bei dem Verkehr mit den Kunden immer den Kopf nach rechts drehen mußte, zum ersten Mal ein mäßiges Verziehen des Kopfes nach rechts, kurze Zeit nachdem die von ihm sehr geliebte Mutter, zu der er ein "sehr inniges Verhältnis" hatte, einen apoplektischen Insult rechts mit starker Verdrehung des Kopfes nach links erlitten hatte und daran starb. Der Anblick der sterbenden Mutter habe ihn bis in den Schlaf verfolgt. Nachdem im April 1961 in seiner Kasse eine Differenz von 1000 DM festgestellt worden war, was das zweite psychische Trauma für den überaus ordentlichen und fast unterwürfig auf Anerkennung bedachten Patienten bedeutete, entwickelte sich das Vollbild eines Torticollis spasticus nach rechts. Zunächst neben der Arbeit autogenes Training und Hypnose, was aber wegen der ständigen Unruhe und "Hetze" keinen Erfolg erbrachte. Ende 1961 stationäre Behandlung in der Neurologischen Universitäts-Klinik Bußbaumallee mit Taxilan und Akineton, nach Entlassung dann wieder autogenes Training. September bis November 1962 Kuraufenthalt in Tiefenbrunn mit autogenem Training, was ihm nach seinen Angaben sehr gut bekommen war. 1963 Beginn mit einer psychotherapeutischen Behandlung, insgesamt etwa 200 Sitzungen, die eine so starke Besserung erbrachte, daß ein von dem Patienten eingereichter Rentenantrag zurückgezogen werden konnte. 1964 Wiederaufnahme der Arbeit in der Bank, jedoch nicht mehr

in der Kasse. Nach kurzer Zeit kam es zu einem Streit mit dem Abteilungsleiter und einer erneuten Verschlechterung, so daß er jetzt endgültig berentet wurde. 1965 erneut Kur mit autogenem Training, was ihm immer sehr gut bekommen sei. Zusätzlich 1968 Impletol-Injektionen in die Halsmuskulatur. Seit Anfang 1969 starke Besserung und kaum noch Beschwerden.

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 3.9.1969: 67-jähriger Patient in sehr gutem AZ. Bei der ersten Betrachtung kaum noch Zeichen des Krankheitsbildes. Ganz geringe Seitenhaltung des Kopfes nach rechts, die beim sich beobachtet fühlen während des Laufens vor dem Untersucher zunimmt. Dabei Senken des Kopfes nach vorn und rechts, was später, als der Patient sich während der Unterhaltung nicht mehr so beobachtet fühlt, fast vollständig verschwindet. Der linke Musculus sternocleidomastoideus ist deutlich, aber nicht besonders stark, hypertrophiert. Augenfälliger ist die Hypertrophie des oberen Anteils des rechten Musculus trapezius. Beide Muskeln sind deutlich verspannt. Der übrige neurologische Befund ist unauffällig, kein Anhalt für eine organisch bedingte extrapyramidale Bewegungsstörung.

Psychischer Befund: Überfreundlicher, servil höflicher Mann (springt sofort auf, wenn einem etwas herunterfällt, greift

schon nach dem Feuerzeug, bevor man die Zigarette richtig aus dem Etui genommen hat). Fast anankastisch erscheinender Ordentlichkeitssinn, einen unaufgeräumten Schreibtisch könnte er nicht sehen ("ich bin sehr pinnibel", "es würde mich sehr wütend machen und beleidigen, wenn jemand behauptet, ich sei schlampig und kann nichts") - er ging nach seinen Angaben so weit, daß er, um die Bankkundschaft zu erfreuen, (Anerkennung erheischen) die schmutzigen Geldscheine aussortierte und nur sauberes Geld ausgab. Er ist ständig auf Anerkennung durch die Umgebung bedacht ("ich habe mir immer [illegible], alles schnell zu begreifen und zu kapieren") und latent aggressiv. Auffällig tiefe Mutterbeziehung. Er bezeichnete es als selbstverständlich, daß die größere Liebe der Mutter gehört. Er habe lange das Bild der sterbenden Mutter mit dem "schrecklich verdrehten Kopf" nicht vergessen können.

Patient Nr. 4 B., Elfriede geboren am 27.1.1910

FA: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

EA: Kinderkrankheiten nicht erinnerlich, 1928 Gelenkrheumatismus (an allen Gelenken mit fünfwöchiger stationärer Behandlung). Sonst nie krank gewesen.

Spezialanamnese: Im Mai 1962 Ausbildung eines Torticollis spasticus nach rechts, nachdem sie im Herbst des Vorjahres zum zweiten Mal geheiratet hatte. 1962 stationäre Behandlung in der Neurochirurgischen Universitäts-Klinik des Westend Krankenhauses.

Befund: Nicht fixierter Schiefhals nach rechts.

Der M. sternocleidomastoideus links war stark hypertrophiert. Die Myographie beider Mm. sternocleidomastoidei zeigte keine Spontanaktivitäten in Ruhe und auch keine für den extrapyramidal bedingten Torticollis charakteristischen gruppenförmigen Entladungen. Erhebliche Torsionsblockade der HWS mit ausgeprägter, jedoch nicht über das altersübliche hinausgehender Osteochondrose. Erhebliche Klopfschmerzhaftigkeit im gesamten HWS-Bereich. Alle sonstigen Befunde waren unauffällig. Keine Zeichen eines extrapyramidalen Leidens. Psychisch war die Patientin sehr primitiv strukturiert, verneinte eine psychische Stresssituation und war deutlich auf das Krankheitsbild fixiert. Von einer Operation sah man nach 3-wöchiger Beobachtung ab und behandel-

te sie mit dem Phenothiazinderivat Decentan. Einige Zeit später erneute Vorstellung mit unverändertem Befund. Therapie jetzt mit Reparil forte oral. Danach hat sie nichts mehr gegen den Schiefhals unternommen. Es kam zu einer spontanen Besserung. Ihre sie 1964 besuchende Mutter bemerkte nichts mehr von dem Krankheitsgeschehen.

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 16.9.1969: Bevor ich eine Frage stellen konnte, erklärte die Patientin: "Herr Doktor, ich muß Ihnen gestehen, ich habe damals gelogen. Ich wollte meinen Mann nicht bloßstellen, der war an allem schuld. Jetzt bin ich ihn los und seit gestern geschieden. Mein Mann war sehr jähzornig und trank immer viel. Da hat er im Suff die Türen eingetreten, Stühle zerschlagen, mich geschlagen und die Treppe hinunter geworfen. - Jetzt wissen Sie es!" Sie bot jetzt das Bild eines Torticollis spasticus nach links, der zunahm, wenn die Patientin sah, daß sie beobachtet wurde (beim Vorlaufen). - Wahrscheinlich wollte die Patientin mir noch etwas zeigen, denn früher war der Schiefhals ja nach rechts. - Ganz geringe Verdickung des rechten Musculus sternocleidomastoideus und des oberen Anteils des linken Musculus trapezius im Vergleich zur Gegenseite. Geringgradige Schwäche des Musculus rectus superior am rechten Auge. [illegible] unauffällig, keine [illegible]

eines organisch bedingten extrapyramidalen Leidens.
Psychischer Befund: Sehr primitive, wenig differenzierte, deutlich auf das Krankheitsgeschehen fixierte Person. Sehr ordentlich mit deutlich anankastischen Zügen. (Verschweigen des Ehekonfliktes bei der Erstuntersuchung).

Patient Nr. 5 F., Erna geboren am 27.9.1905

FA: Mutter an Rückenmarkslähmung gestorben, eine 13 Jahre jüngere Schwester hat einen "Buckel", keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

EA: Kinderkrankheiten nicht erinnerlich, 1955 schwere Grippe ohne Anhalt für cerebrale Beteiligung. Sonst immer gesund gewesen.

Spezialanamnese. Schon [illegible] vor dem Auftreten des Schiefhalses litt die Patientin unter einem Zittern in der rechten Halsseite, ohne daß sie den Zeitpunkt des ersten Auftretens angeben kann. Als 1959 der Ehemann unter einer Carcinophobie mit depressiven Phasen und zwei Suicidversuchen wegen einer Speiseröhrenerweiterung und dadurch kaum noch möglicher Nahrungsaufnahme litt, wandte sie sich beim Essen zunächst immer nach links ab, um den sich quälenden Mann nicht sehen zu müssen und ihm nicht zu zeigen, daß sie sein vergebliches Bemühen um Nahrungsaufnahme sah. Nach kurzer Zeit bot sie einen Torticollis spasticus nach links. "Es wurde immer schlimmer mit der Verkrampfung

Halses, bis ich nicht mehr zurück konnte". 1961 stationäre Behandlung im Krankenhaus Berlin Britz mit einer Gipsmanschette um den Hals, was erfolglos blieb und von der Patientin als "Durchhaben" bezeichnet wurde. 1962 Vorstellung in der [illegible] Universitäts-Poliklinik des Westend Krankenhauses mit der Fragestellung nach einem chirurgischen Eingriff.

Befund: Torticollis spasticus nach links, der von der Patientin selbst ausgeglichen werden kann. Leichte Hypertrophie des rechten Musculus sternocleidomastoideus . Der übrige neurologische Befund war unauffällig. Therapie mit Aneural. Bei der Wiedervorstellung der Patientin im Januar 1963 wurde der Vorschlag einer psychiatrischen Behandlung versucht, nachdem das Aneural außer einer als wohltuend bezeichneten Beruhigung keinen Einfluß auf den Schiefhals hatte. [illegible] stationäre Behandlung in der Waldhausklinik Berlin mit psychotherapeutischen Aussprachen, die von der Patientin als wohltuend bezeichnet wurden ("es tut ja immer gut, sich auszusprechen"). Außerdem bekam sie Implantol-Injektionen in den rechten Musculus sternocleidomastoideus, die auch heute noch bis zu zweimal in der Woche durchgeführt werden und die nach Angaben der Patientin auch die eigentliche Besserung erbracht hätten. Diese Injektionen und die gelegentliche Einnahme von Aneural sind die ein-

zige Therapie, die bei ihr durchgeführt wird. Es ist jedoch wahrscheinlich, daß die sehr starke Persönlichkeit ihres Hausarztes einen psychotherapeutischen Effekt auslöst. Sie bezeichnet seine Behandlung als "seelische Betreuung", "Ich kann mit allem zu ihm gehen, weil ich ja sonst keinen habe".

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 17.9.1969: 64-jährige, große, leptosome Patientin in ausreichendem AZ. Nicht fixierter, bei oberflächlicher Betrachtung kaum wahrnehmbarer Torticollis spasticus nach links. Deutliche Hypertrophie des rechten Musculus sternocleidomastoideus und des oberen Anteils des linken Musculus trapezius. Schulterhochstand links. Keine Verspannung der übrigen Halsmuskulatur. Leichter Tremor der rechten Hand, der von der Patientin selbst als psychisch bedingt bezeichnet wird und stark von der Affektlage der Patientin beeinflußt wird ("ich kann manchmal nicht die Kaffeetasse halten, wenn ich mir dann sage, es ist ja Quatsch, hört das Schütteln wieder auf"). Der übrige neurologische Befund ist unauffällig, keine Anzeichen für ein organisch bedingtes extrapyramidales Leiden.

Psychischer Befund: Kontaktgestörte, sensitive Patientin, die anfangs nicht zur Kontrolluntersuchung erscheinen wollte und auf einer Antwortkarte schrieb: "Mein Leiden hat sich seit 1963 auf Grund der [illegible]

lung von Herrn Dr. Steinburg wesentlich gebessert. Aus diesem Grund sehe ich (im Moment) keine Veranlassung zu einer Nachuntersuchung". Neigt zu einer Überbewertung der Leistung ("ich muß meinen Mann stehen", "ich habe ein sehr schweres Los", "manchem Menschen wird zu viel aufgebürdet, man meint es nicht zu ertragen"), ist sehr zurückhaltend, depressiv und passiv. Sie leidet unter Angstträumen, die mit Vorstellungen, bei denen sie eigentlich aktiv sein müßte, es aber nicht schafft (wird gehetzt, bekommt einen Zug nicht oder ähnliches), immer einen sinnverwandten Inhalt haben. Auch sie ist sehr ordentlich, weist aber nicht die deutlich anankastischen Züge wie ein großer Teil der anderen Patienten auf. Sie bezeichnet ihren Mann als robust und lebhaft, der in diesem Ton auch ihre Ängste zu zerstreuen versucht. Auf die Frage nach der ehelichen Harmonie antwortet sie: "Man rauft sich zusammen".

Patient Nr. 6 Sch., Hannelore geboren am 8.10.1935
FA: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.
EA: Als Kind Masern.
Spezialanamnese: 1960 bereits stationäre Behandlung in der Landesnervenklinik Berlin wegen Schlaflosigkeit und Luftmangel. "Ich hatte zu nichts mehr Lust". Es bestanden heftige Konflikte mit der Mutter, die seit 1949 geschieden und seit 1951 wieder verheiratet ist. Man empfahl ihr, zu Hause auszuziehen. Sie war dann ein halbes Jahr im Kloster

"Zum guten Hirten" als Kindergartenhelferin, zog danach aber wieder nach Hause, obwohl sie weiter in dem Kindergarten arbeitete ("ich war so ticksch gegen meine Mutter, konnte mich aber nicht von ihr lösen"). 1962 erlitt sie einen Unfall als sie auf einen anfahrenden Bus aufspringen wollte, wobei sie mit dem rechten Knie aufschlug, aber kein Schädeltrauma erlitt. Mutter und Vater machten ihr wegen dieser unvernünftigen Tat herbe Vorwürfe, woraufhin sie zwei Wochen später ein ruckartiges Verziehen des Kopfes nach rechts bemerkte. Vom Hausarzt zunächst Megaphenkur, danach wegen ausbleibenden Therapieerfolgs stationäre Behandlung erneut in der Landesnervenklinik.
1963 Vorstellung in der Neurochirurgischen Universitäts-Poliklinik des Westend Krankenhauses.
Befund: Nicht fixierter Torticollis spasticus nach rechts. Hypertrophie des linken Musculus sternocleidomastoideus. Sonst neurologisch unauffällig. Therapie mit Impletol-Injektionen in den linken Sternocleidomastoideus. Bereits nach der 3. Injektion Nachlassen der Verkrampfung und allmähliches Verschwinden der Beschwerden. Nachdem sie ein halbes Jahr zu Hause war, trat erneut ein schwaches Ziehen des Kopfes nach rechts auf. Wieder stationäre Behandlung in der Landesnervenklinik, jetzt mittels Schlafkur mit Librium und anderen Sedativa. Schon während der Be-

handlung verschwand der Torticollis spasticus und trat später nie wieder auf. - "Wenn das so geblieben wäre, das wäre furchtbar gewesen, ich bin ja so ein sensibler Mensch. Ich traute mich nicht mehr auf die Straße. Wenn ich einen Kaugummi kaute, war es nicht so stark. In der Straßenbahn habe ich mir immer die Backe gehalten." - Seit dieser Zeit war die Patientin nie mehr länger krank gewesen. "Das einzige, daß ich öfter Gastritis habe. Ich mache dann zu Hause eine Rollkur." Seit 1967 hat sie eine eigene Wohnung und ist seit einem Jahr verlobt. "Ich wollte mich schon zweimal verloben, aber damals während meiner Krankheit war ich zu meinem Freund nicht nett, weil ich vielleicht nie wieder gesund werden würde. Die Männer wollten auch immer auf etwas "Gewisses" aus und so eine bin ich ja nicht."
Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 3.12.1969:
Keine Zeichen des Torticollis spasticus mehr. Beim Erzählen nur leichte Kopfdrehung nach rechts. Leichte Verspannung der Halsmuskulatur, keine Hypertrophiezeichen. Der neurologische Befund ist unauffällig.
Psychischer Befund: [illegible] sensitive, [illegible] strukturierte, sehr gepflegte Patientin mit großem Redeschwall.

Patient Nr. 7 H., Minna geboren am 22.8.1904

FA: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

EA: Kinderkrankheiten nicht erinnerlich, kein Anhalt für Encephalitis.

Spezialanamnese: 1954 wegen röntgenologisch festgestellter HWS-Deformation Röntgentiefenbestrahlung, Ultraschall, Bäder und Massagen. 1957 bemerkte die Patientin eine Erschwerung der Kopfdrehung nach links. Zunächst chiropraktische, orthopädische und medikamentöse Behandlung ohne Erfolg. 1963 stationäre Behandlung in der Neurochirurgischen Universitäts-Klinik des Westend-Krankenhauses. Befund: Drehung des Kopfes nach rechts und Neigung zur linken Schulter. Aktive Drehung des Kopfes nach links zur Mittellinie mit geringer Anstrengung möglich, darüber hinaus kaum möglich. Hypertrophie und deutliche Verhärtung des linken Musculus sternocleidomastoideus. Erheblicher Schulterhochstand rechts. BSR und PSR links stärker als rechts auslösbar. Dysdiadochokinese links. Therapie mit Akineton und Servochin-Injektionen in den linken Musculus Sternocleidomastoideus. Wegen eines Anschwellen des Muskels und starker Schmerzhaftigkeit mußte die Behandlung abgebrochen werden. Eine Operation wurde diskutiert, aber dann doch nicht durchgeführt. Bei einer Kontrolluntersuchung [illegible] Monate nach der Entlassung scheint eine Besserung eingetreten zu sein. Seitdem 1964 von ihrem behandelnden Arzt

der Versuch einer Stellatum-Blockade unternommen worden war, trat ein zunehmendes Krankheitsgefühl ein. Die Patientin leidet unter der Vorstellung, von dem Arzt Gift gespritzt bekommen zu haben. Seit dieser Zeit könne sie die Beine nicht mehr richtig bewegen, müßte immer liegen und habe ständig Brennen im linken Arm und in der Wirbelsäule - "manchmal schreie ich so, daß sich mein Mann nicht mehr zu helfen weiß" - "wenn ich liege, kann ich alles bewegen, wenn ich auf bin, werde ich steif!". 1964 Suicidversuch, den sie verdrängt - "ich bin sehr lebensfroh." Besondere Abneigung gegen den Aufenthalt in der Universitätsnervenklinik, "ich bin doch normal!!". 1968 medikamentöse und physikalische Behandlung in mehreren Kliniken. Im August 1968 erneute Vorstellung in der Neurochirurgischen Universitäts-Poliklinik, da die konservative Behandlung keinen Erfolg hatte.

Befund: Torticollis spasticus nach rechts mit einem jetzt dazugekommenen Wackeltremor des Kopfes. Weiterhin Betonung der linksseitigen Muskeldehnungsreflexe ohne nachweisbare Pyramidenbahnzeichen. Der übrige neurologische Befund war regelrecht. Der Kausalitätsbezug, Suicidversuch und die Fixierung auf die Krankheit zeigen eine deutliche neurotische Komponente. Vorschlag einer spasmolytisch - sedierenden Therapie, unter der es in der Folgezeit auch zu keiner Besserung kam.

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 19.9.1969:

Subjektiv sehr krank erscheinende [illegible]-jährige Frau, in ver-

minderten Aff. Tortikollis spastisch nach rechts, dabei Anheben der linken Schulter, Abwinkeln des linken Armes. Erheblicher, wechselnd frequenter Schütteltremor des Kopfes. Hypertrophie des linken Musculus sternocleidomastoideus mit erhöhtem Tonus. Geringe Linksbetonung der Muskeldehnungsreflexe. Der übrige neurologische Befund unauffällig. Geste antagoniste: Anlegen der linken Hand hinter das linke Ohr.

Psychischer Befund: Auffallend erscheinende Ordentlichkeit ("meine Wohnung ist wie geleckt und wenn ich auf allen Vieren gehen müßte, die Wohnung ist immer sauber." - "ich würde lieber sterben, als in einer unordentlichen Wohnung hausen, fragen Sie meinen Mann, der wird Ihnen das bestätigen."), mehr starr auf das gesamte Krankheitsbild mit all seinen negativen Begleiterscheinungen (Jammern, Bettlägerigkeit) fixierte, die Leistung überbewertende (bezeichnet sich in allem als der aktivere Teil der Ehe und berichtet mit Genugtuung, "die Eltern sagten immer, ich bin die Fleißigste von allen 10 Kindern"), etwas gefühlskalte Patientin. Die Ehe ist nach ihren Angaben sehr gut ("mein Mann ist ein Engel, er sieht keine andere Frau an, obwohl ich doch sehr krank bin - eine Seele von Mann"). Bei der nur auf das Krankheitsgeschehen fixierten und wenig differenzierten Patientin war es nicht möglich, den

Beginn oder das Vorhandensein einer Konfliktsituation als Auslösungsursache für den Torticollis spasticus herauszuarbeiten.

Patient Nr. 8 N., Bruno geboren am 14.12.1892

FA: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

EA: Kinderkrankheiten nicht erinnerlich, vor Jahren Gelbsucht und Blasensteine, sonst nir krank gewesen, kein Anhalt für Encephalitis.

Spezialanamnese: 1960 bemerkte der Patient ein ruckartiges Verziehen des Kopfes nach links, nachdem man ihm auf seiner Arbeitsstelle, die er trotz Pensionierung vor einem Jahr regelmäßig jeden 3. Tag besuchte, zu verstehen gegeben hatte, daß er nicht mehr gebraucht werde. Nach Angaben der Frau soll aber schon früher ein Zittern und Zucken des linken Auges bestanden haben, weshalb er von ihr und der Tochter mit den Worten "warum klimperst Du mit dem Auge, Du bist doch kein kleines Mädchen vom Ku-damm?" gehänselt wurde. 1964 Vorstellung in der Neurochirurgischen Universitäts-Poliklinik des Westendkrankenhauses.

Befund: Psychogene Hyperkinese bei sklerotisch-depressivem Altersabbauzustand. Außer ruckartiger Bewegungen des Kopfes zur linken Seite ohne Muskelhypertrophie keine neurologischen Ausfälle. Therapie mit Aneural, Taxilan und Massagen, jedoch ohne Erfolg. Zwei Jahre später durch die Be-

handlung mit [illegible] und [illegible] erfolgte Besserung, [illegible] man [illegible] noch etwas von dem Krankheitsbild sah. Seit 1968 zunehmende Verlangsamung und Interessenlosigkeit. Die Ehefrau scheint den Patienten ganz entmündigt zu haben und behandelt ihn wie ein Kind. Als ich darauf bestand, den Patienten anfangs allein in das Untersuchungszimmer zu nehmen, war sie kaum dazu zu bewegen und erklärte mir später mit Tränen in den Augen, daß das in ihrem Leben noch keiner gemacht hätte ("ich bin noch nie abgelehnt worden"). Sie betont immer wieder, daß man mit ihm nicht reden könne. Sie läßt ihn kaum zu Wort kommen und führt ihn recht burschikos an, wenn seine Automatismen, die in auffälliger Weise in ihrem Beisein und bei ihrem Redeschwall zunehmen, auftreten - "warum wackelst Du schon wieder mit dem Auge, Alterchen?". Sie bezeichnet ihn als sehr "pingelig", bereits zwei Stunden vor dem Untersuchungstermin "drängelte" er aufzubrechen, damit man nicht zu spät käme.

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 24.9.1969: 76-jähriger, sehr adipöser, geistig retardierter, das altersübliche überschreitend verlangsamter Patient. Nimmt die vom Untersucher gestellten Fragen mittels Hörhilfe rein akustisch wahr, scheint sie aber, ähnlich einer Läsion des sensorischen Sprachfeldes, nicht verarbeiten zu können. Ticartige Bewegungen

des linken Oberlides und Mundwinkels. Beim Erscheinen der Ehefrau und ihrem Redeschwall und bei nicht verstandenen Fragen leichte Drehung des Kopfes nach links. Keine Muskelhypertrophie. Sonst neurologisch unauffällig.
Psychischer Befund: Geistig stark retardierter Patient mit weit über das altersübliche hinausgehender Verlangsamung. Anankastisch erscheinende Ordentlichkeit (der Kugelschreiber muß im rechten Winkel zur Tischkante und parallel zur Schreibunterlage liegen). Passiv und kontaktgestört. Scheint das nicht verstehen zu können und seine Automatismen, die er willkürlich beeinflussen kann, als Ausweg und Oase vor allen Unangenehmen zu benutzen.

Patient Nr. 9 B., Charlotte geboren am 1.7.1922
FA: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.
EA: Kinderkrankheiten: Masern und Windpocken, 1949 Lungentuberkulose, kein Anhalt für Encephalitis.
Spezialanamnese: 1949 bemerkte die Patientin zum ersten Mal ein krampfartiges Ziehen des Kopfes nach links. Sie arbeitete zu dieser Zeit als Schauspielerin, in einem Beruf, den sie gegen den Willen des Vaters erlernt hatte und den sie "mit Leib und Seele im Sinne einer Berufung" ausübte. Während ihrer Laufbahn, sie spielte seit 1944 an einem Theater, litt sie ständig unter Lampenfieber und der Angst, der jeweils auf ein Jahr befristeten Vertrag nicht verlän-

[illegible]
des Kopfes nach links wieder zu, so daß sie mit dem Schau-
[illegible]
als Sekretärin in einem Büro und war bis 1963 annähernd be-
[illegible]
nach links auf. Deshalb 1964 stationäre Behandlung im
[illegible]
Melleril und Taractan fast vollständig beschwerdefrei.
[illegible]
hauses.
[illegible]
Melleril und Taractan. Sie selbst gab keine psychischen
Konfliktsituationen zu und erklärte auf die Frage, warum
sie nicht verheiratet sei - "ich wollte meine Freiheit be-

haben, die mir über alles geht." Nach diesem Zeitpunkt Auftreten der Zitterbewegungen nur unter starker psychischer und körperlicher Belastung. Deutliche Besserung.

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 30.9.1969: 47-jährige Patientin in gutem AZ. Außer einer geringgradigen, während der Untersuchung zunehmenden Wackeltremor des Kopfes nach links und einer geringen Hypertrophie des rechten Musculus sternocleidomastoideus keine weiteren pathologischen Befunde.

Psychischer Befund: Die Leistung überbewertende, sensible und leicht verletzbare Patientin mit stark unterdrückten Minderwertigkeitsgefühlen, ausgeprägter Passivität und deutlich anankastisch erscheinenden Vorstellungen von Ordentlichkeit ("in meinem Tagesablauf gibt es bestimmte Dinge, die muß (!) ich unbedingt einhalten").

Patient Nr. 10 M., Robert geboren am 1.11.1911

FA: unauffällig.

EA: Kinderkrankheiten nicht erinnerlich, 19[illegible] drei Monate dauernde, dann spontan wieder verschwindende Facialisparese rechts.

Spezialanamnese: Im November 196[illegible] wachte der Patient morgens auf und stellte fest, daß sein Kopf ganz nach rechts verdreht war. Bis Dezember 196[illegible] stationäre Behandlung in der Orthopädischen Universitätsklinik zunächst mit Injektionen

behoben war, er aber nicht mehr in der Lage war, den Kopf, der
end Krankenhauses.
Mittellinie bei leichtem Druck möglich. Mittel- bis feinschläg-
iger Tremor der Finger. Verdächtige Rigidität beider Arme.
laxierenden Mitteln und bis zu 3 mal 10 mg Valium täglich. Im
Oktober 1966 wurde dann im Waldkrankenhaus Berlin Spandau ein
me im HWS-Bereich.
Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung
am 12.9.1969: 58-jähriger Patient in reduziertem AZ. Kyphose
der HWS mit Neigung und Fixation des Kopfes um annähernd
und starke Einschränkung der Beweglichkeit des Kopfes nach
lateral, aktiv als auch passiv. Keine Spastik in der Hals-

und Nackenmuskulatur, Versteifung der gesamten Wirbelsäule, verbunden mit einer starken Druck- und Klopfschmerzhaftigkeit (Patient hat wegen der heftigen Angst vor der [illegible]). Verbreiterung des Thorax mit angedeuteter [illegible] der knöchernen Strukturen, beginnender rheumatischer Befall des rechten Schultergelenkes. Die übrigen neurologischen Befunde sind unauffällig. Der psychische Befund ergibt keine Auffälligkeiten.

Patient Nr. 11 K., Dieter geboren am 3.4.1930

lung einer Lungentuberkulose, wegen der er sich ständig in ärztlicher Behandlung befindet und wegen der er berufsunfähig erklärt wurde. 1961 Pneumolyse rechts, 1963 Oleothorax rechts.

ein Brust-Hals-Kopfgipsverband angelegt wurde, der keine Besserung erbrachte. Kurze Zeit später stationäre Behandlung

Patienten in der Neurochirurgischen Universitäts-Poliklinik des Westend Krankenhauses unter der Fragestellung einer Operation.

Befund: Torticollis spasticus nach links. Hypertrophie und Hypertonie des rechten Musculus sternocleidomastoideus. Unmöglichkeit, den Kopf nach links zu drehen. Beschwerdefrei-

des Patienten auf das Krankheitsbild. Deshalb und wegen der sicher nicht voll ausgeheilten Lungentuberkulose sah man

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 27.9.1969: 39-jähriger Patient in reduziertem AZ, der wegen eines Suizidversuches bei Schizophrenie in der Karl Bonhoeffer Nervenklinik in stationärer Behandlung ist. Infolge der Schizophrenie (paranoid-halluzinatorische Form) mit stark depressiven Zügen, die in diesem Haus diagnostiziert wurde und wegen der der Patient sich zum dritten Mal in stationärer Behandlung befindet, gelang es nicht, ihn auf eine Konversation über das Krankheitsbild des Torticollis spasticus nach links, der sehr von der Psyche des Patienten abhängig erscheint, zu fixieren. Wechselnd ziehende Bewegungen des Kopfes nach links und eine Hypertrophie des rechten Musculus sternocleidomastoideus sind die einzigen auffälligen Befunde. Der neurologische Status ist sonst unauffällig. Nach Angaben des Stationsarztes ist das Bild weitgehend therapieresistent. Man hat dem Geschehen bei der im Vordergrund stehenden Schizophrenie auch keine sehr große Bedeutung beigemessen. Das Bild des Schiefhalses wechselt in der Intensität und nimmt zu, wenn der Patient sich beobachtet fühlt. Wahrscheinlich nimmt der Patient zu einem bestimmten Teil Zuflucht im Torticollis spasticus, um den zerrütteten Familienverhältnissen zu entrinnen (ist von seiner Frau, die 8 Kinder von ihm hat, geschieden, zahlt keinen Unterhalt für sie und muß noch einen Teil einer Haftstrafe abbüßen). Der Patient ist sehr

undifferenziert und minderbegabt, weshalb sich auch bei der noch vorhandenen Schizophrenie die Ursache der Zwangshaltung nicht herausarbeiten läßt.

Patient Nr. 12 R., Heinrich geboren am 17.1.1908

FA: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

EA: Als Kinderkrankheiten Masern und Röteln. 1948 Gelbsucht und Lungenentzündung, keine Encephalitis.

Spezialanamnese: 1959 bemerkte der Patient zum ersten Mal ein Verziehen des Kopfes nach verschiedenen Richtungen. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Patient, der nach seinen Angaben keine Lust zum Lernen gehabt hatte, obwohl ein Onkel ihm die Ausbildung bezahlen wollte und der dann von 1928 bis 1945 mit "großer Freude" Berufssoldat war, ("da war man doch was", "war sehr schön" und "ich verstand mich immer sehr gut mit meinen Vorgesetzten" waren die diese Zeit beschreibenden Worte), von der Verkehrspolizei zum Objektschutz versetzt. Hierfür sollen nur organisatorische Gründe verantwortlich gewesen sein. Seine Ehe, es ist die zweite, die erste wurde 1947 wegen Untreue der Ehefrau aufgehoben, bezeichnete der Patient als sehr gut. Er verstehe sich mit seiner Frau und den drei Söhnen, die als Witwe mit in die Ehe gebracht hatte und aus denen "etwas Gutes" geworden ist, ausgezeichnet. Eigene Kinder habe er in beiden Ehen nicht gezeugt, da er den ehelichen Geschlechtsverkehr vollziehen konnte, habe er sich nicht mit der

Frage nach einer Impotenz untersuchen lassen. Es sei deshalb auch als zu Konflikten in der Ehe gekommen. 19[illegible] stationäre Behandlung in der Universitätsnervenklinik. Hier wurde ein Torticollis spasticus nach rechts festgestellt. Er erschien psychisch auffällig, nach dem RORSCHACH Test war er mäßig intelligent und hatte stark überzogene Geltungsansprüche. Diese und die Konflikte und Schwierigkeiten in den mitmenschlichen Beziehungen ließen sich auch im TAT deutlich nachweisen. Da der Patient eine psychische Genese seines Krankheitsbildes völlig ablehnte, war eine Psychotherapie nicht möglich. Unter der Behandlung mit Taxilan leichte Besserung. 19[illegible] wegen erneuter Verschlechterung Vorstellung in der Neurochirurgischen Universitäts-Poliklinik des Westend Krankenhauses.

Befund: Mäßiger Torticollis spasticus mit wechselnder Seitenbetonung. Sonst neurologisch unauffällig. Therapie mit Sedativa und Empfehlung einer Psychotherapie, die der Patient jedoch ablehnte. Seit dieser Zeit außer gelegentlicher Einnahme von Sedativa keine Behandlung. Das Krankheitsbild ist im wesentlichen unverändert geblieben.

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am [illegible]: [illegible]-jähriger Patient in ausreichendem AZ. Lipomknoten am rechten Oberarm. Spastische Verdrehungen des Kopfes nach links mit wechselnder Intensität. Geringgradiger Schulterhochstand links und leichte Hypertrophie

des rechten Musculus sternocleidomastoideus. Der Kopf läßt

fund.

Umgebung fixierter Patient, von anankastisch erscheinender Ordentlichkeit (Schreibtisch müßte immer aufgeräumt sein, der Bleistift genau im rechten Winkel zur Tischkante liegen - beim Anziehen der Schuhe geht es soweit, daß er vor dem Zubinden der Schuhe vergleicht, ob auch die Schnürbänder gleich lang sind!). Erscheint im sexuellen und emotionalen Bereich auffällig unbeteiligt, lehnt aber eine eheliche Konfliktsituation ab. Daß der Schiefhals zuerst und häufiger von der Ehefrau zu Hause beobachtet wurde, könnte ein Hinweis auf hier vorhandene, jedoch verdrängte Schwierigkeiten sein.

Patient Nr. 13 K., Helmut geboren am 26.8.1918

ber, Sehstörungen und einer sich daran anschließenden, konservativ behandelten Stirnhöhlenvereiterung. 1940 bis 1947 Gelbsucht, Lungen- und Rippenfellentzündung, perniciöse Anämie und Gastritis in der Gefangenschaft in Texas.

lärm) hörte er immer wieder das Wort "Sau". Auch habe er schlechte Gerüche ("Scheiße") wahrgenommen und sich die Hosen ausgezogen, um nachzuschauen, ob er eingemacht hätte. Stationäre Behandlung in einer Nervenklinik in München. Da-

ten dieser Beschwerden. 1965 zunehmendes Verdrehen des Kopfes nach links, nachdem er mit dem Vater, dem er das erneute Heiraten nach dem Tod der Mutter 1933 nie verzeihen konnte, mehrere scharfe Auseinandersetzungen geführt hatte.

Poliklinik des Westend Krankenhauses.

kollegen, die ihn einen "Saupreuß" nannten und nicht für "voll" nahmen und die Heirat 1966 deutliche Besserung, so daß er jetzt fast beschwerdefrei ist.

am 19.9.1969: 51-jähriger Patient in gutem AZ. Willkürlich beeinflußbarer, mäßig ausgeprägter Torticollis spasticus nach links, der deutlich zunimmt, wenn der Patient sich beobachtet fühlt. Freie aktive und passive Beweglichkeit des Kopfes in alle Richtungen. Der rechte Musculus sternocleidomastoideus ist mäßig hypertrophiert und verhärtet. Geringer Schulterhochstand links, sonst neurologisch unauffällig. Psychischer Befund: Wenig differenzierter, sehr mitteilungsfreudiger und stark auf die Anerkennung der Umgebung wartender Patient. Anankastisch erscheinende Ordentlichkeit. Übermäßig starke Mutterbindung, die sehr resolut und ordentlich gewesen sein muß und die oft mit ihm geschimpft hatte, wenn er sich schmutzig gemacht hatte. Passiv ("ich wollte einmal sehr hoch hinaus") und stark unter dem Einfluß der seiner Mutter sehr ähnelnden Frau stehend, die sein Krankheitsbild kaum beachtet und kein "Erbarmen" mit ihm hat, was er als gut bezeichnet. Unter ihrem strengen Einfluß hat sich das Krankheitsbild angeblich soweit gebessert, daß er die Drehbewegungen willkürlich beeinflussen kann. Bei anstrengender Arbeit und beim Aufsetzen einer Brille ("da kann ich das Geschehen fixieren") Verschwinden des Torticollis spasticus.

Patient Nr. 14 R., Maria geboren am 22.7.1915

EA: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

ZA: außer seit ihrer Jugendlichkeitszeit bestehender Kopfschmerz nie krank gewesen.

hält. Auf die Frage nach einer Heilung habe er ihr gesagt, [illegible] deutliche Besserung eingetreten.

[illegible] tem Tonus. Die Nackenmuskulatur ist nicht beteiligt. Alle übrigen neurologischen Befunde sind im Normbereich.

[illegible] und schnell zu kränken") Patientin mit deutlich ausgepräg- [illegible] sal geprüft zu werden ("ich verstehe nicht, wieso mir das alles aufgebürdet wird").

Patient Nr. 15 A., Erika geboren am 8.7.1927

FA: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

EA: Als Kind Masern, 1953 Schilddrüsenoperation, 1953 Unterleibsoperation (Entfernung einer Cyste), 1964 Oberkieferoperation wegen chronischer Sinusitis.

Spezialanamnese: 1962 Beginn einer Verdrehung des Kopfes nach links. Sie arbeitete zu dieser Zeit als Montiererin an einem Band, wobei sie immer nach links schauen und den Kopf nach links geneigt halten mußte. Die Patientin klagte jedoch schon 1959, nachdem ihre Mutter an den Folgen eines Schlaganfalles verstorben war, über abnorme Körpersensationen, "Kreislaufstörungen" und Schlaflosigkeit. Zunahme des Schiefhalses und Vorstellung in der Neurochirurgischen Universitäts-Poliklinik des Westend Krankenhauses am 22.3.1963.

Befund: Willkürliches, bei Beobachtung deutlich zunehmendes Drehen des Kopfes nach links mit vermehrter Endstellungszuckung. Aktive und passive Gegenbewegung möglich. Keine deutliche Tonussteigerung der Halsmuskulatur. Sonst unauffälliger neurologischer Befund. Erhebliche psychische Symptomverstärkung. Therapievorschlag mit Aneural. Im April Wiedervorstellung und da keine Besserung eingetreten war, Empfehlung einer psychiatrischen Behandlung, was von dem sie ambulant behandelnden Neurologen abgelehnt wurde. 1964/65 ambulante Behandlung in der Orthopädischen Univer-

sitätsklinik mit Injektionen in die Halsmuskulatur und Streckung der HWS ohne Erfolg. Danach Behandlung bei einem Chiropraktiker mit Massagen, die eine Besserung erbrachten, so daß die Patientin ihre Arbeit wieder aufnehmen konnte. Nach 3 Monaten erneutes Auftreten des Schiefhalses. Befund 19[illegible]: Torticollis spasticus nach links mit deutlicher Verspannung der Schulter- und Nackenmuskulatur. Sonst neurologisch unauffällig. Starke psychische Überlagerung und [illegible] Empfehlung, sich einer psychiatrischen Behandlung zu unterziehen. Nach zunächst erfolgloser orthopädischer Behandlung mit einer Lederstützmanschette um den Hals von Dezember 1968 bis Februar 1969 stationärer Aufenthalt in der Universitätsnervenklinik, nachdem sie plötzlich Stimmen hörte, die ihr Handeln kommentierten und ihr Vorwürfe machten. Der Torticollis spasticus trat während dieser Zeit etwas in den Hintergrund, verstärkte sich aber, nachdem die Halluzinationen verschwanden. Therapie mit [illegible] und Akineton, worunter es zu einer Besserung kam. Auf Drängen der Patientin, deren Ehemann in der Zwischenzeit ein Verhältnis mit einer anderen Frau begonnen hatte, vorzeitige Entlassung und im April 1969 erneute Aufnahme wegen Zunahme der Drehbewegungen des Kopfes und starker Unruhe. [illegible] Befunde im EEG, [illegible] ebenso wie der neurologische [illegible]

kung der Halsmuskulatur und dem eindeutig psychisch überlagerten Torticollis spasticus nach links keinen pathologischen Befund. Besserung unter Entspannungsübungen und verhaltenstherapeutischen Sitzungen bis zu ihrer Entlassung im August 1969.

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 16.3.1970: 42-jährige Patientin in guter AZ. Verspannung der Halsmuskulatur, keine deutlichen Zeichen einer Hyperkinesie. Während der Untersuchung - bei unauffälligem Standartwechsel der Untersucherin - deutlicher Richtungswechsel des Schiefhalses. Zurückhalten des Kopfes nur leicht, zunächst rechts, später links mit einer wechselnd starken rotatorischen Komponente, die stark von der Psyche der Patientin beeinflußt wird. Sonst neurologisch unauffällig. Geste antagonistes: Anlegen der linken Handfläche an die linke Wange.

Psychischer Befund: Subdepressiv verstimmte, sensitive und passive Patientin mit deutlicher Fixierung auf das Krankheitsgeschehen (leugnet Ehekonflikt, gibt aber zu, daß der im täglichen wie geschlechtlichen Bereich egoistische Ehemann mehr Rücksicht auf sie nehmen sollte. Auf die Frage, warum sie keine Kinder habe, antwortete sie: "Mein Mann wollte ja lieber ein Auto!"). Anankastisch ordentlich ("ich kann nichts liegen sehen und will immer überall Ordnung, meine Wohnung ist immer tip-top") und weinerlich dysthymiert mit deutlichen Störungen der Merk-

(oft ungenaue, widersprüchliche und erst durch mehrmali-
[illegible] und
Konzentrationsunfähigkeit. Der Versuch, die zugrundeliegende Konfliktsituation zu erhellen, gelang bei der geringen
[illegible] der Patientin auch während des mehrmonatigen Aufenthaltes in der Universitätsnervenklinik nicht.

Patient Nr. 16 H., Gisela * geboren am 23.7.1923
[illegible]
EA: unauffällig, keine Anzeichen für eine Encephalitis.
Spezialanamnese: Im Mai 1967 stellte die Patientin, die
[illegible]
ein Verdrehen des Kopfes nach rechts fest. Sie konnte den
[illegible]
der Maschine liegenden Papiere nicht mehr richtig lesen. Bereits einige Jahre zuvor litt die Patientin nach einer schweren Geburt und dem Tode des Kindes fünf Tage post partum, das mehr vom Ehemann als von ihr erwünscht war ("da es nun unterwegs war, war es nicht zu ändern"), unter einem Zittern der Hände und des Kopfes. Unter der Therapie mit Librium und Bellergal kam es zu einer Besserung, so daß die Patientin wieder ihrer Beschäftigung nachgehen konnte. Während eines Besuches der Mutter, die ihr ein voreheliches Verhältnis mit einem verheirateten Mann nicht verzieh und ihr deshalb auch Vorwürfe machte und sie

Mutter zurückgesetzt fühlenden Mann zu einem heftigen Streit. Dabei habe sie, wie sie sich heute noch genau erinnern kann, gesagt: "Kein Wunder, daß ich meinen Kopf nicht gerade halten kann!" Sie war daraufhin mit ihrem Mann ein halbes Jahr böse. Während dieser Zeit kam es auch

schen Universitäts-Poliklinik des Westend Krankenhauses.

und stärker verspannt. Sonst neurologisch unauffällig.

eine stationäre Behandlung von März bis Juni 1968 statt-

einer Dosierung von 3 mal 5 mg täglich einnimmt.

unwillkürliche Drehbewegung des Kopfes nach rechts, häufig mit Zittern um die Mundpartie, was beim sich beobachtet

wenn ich mich abgeregt habe, ist alles wieder in Ordnung."

latur. Sonst neurologisch unauffällig.

Psychischer Befund: Sensitive ("ich lege jedes Wort auf die Goldwaage"), kontaktgestörte, die Leistung überschätzende Patientin (war die älteste von 4 Schwestern und vom Vater - "er war kein schlechter Mensch, trank aber und war labil" - dazu angehalten worden, ihre Arbeit über alles (!) zu stellen) mit latenter Aggressivität (leidet unter der Trunksucht des Mannes, verbirgt aber ihre "innere Erregung" und "aufgestaute Wut" auch ihm gegenüber). Sie meint, geistig über ihm zu stehen und hat deshalb auch zu den von ihr als "primitiv" bezeichneten Arbeitskollegen des Mannes und deren Familien keinen Kontakt. Anankastisch erscheinende Ordentlichkeit ("ich könnte keinen ganzen Tag in einer unaufgeräumten Wohnung sein"). Das unbefriedigte Eheleben läßt sie immer wieder an ihren ersten Partner denken.

Patient Nr. 17 Z., Olga geboren am 11.5.1914

1950 Unterleibsoperation wegen einer Cyste.

Worten: "Er tat mir weh, wo er nur konnte" - "ich hatte

derte sich mit ihrer psychischen Lage, war einmal stärker und dann wieder für viele Monate ganz verschwunden. Ihr Hausarzt empfahl ihr, wenig zu denken. Im Juli 1968 Vorstellung in der Neurochirurgischen Universitäts-Poliklinik des Westend Krankenhauses.

Befund: Schütteltremor des Kopfes mit überwiegender Schiefhaltung des Kopfes nach rechts, gelegentlich aber auch nach links. Sonst neurologisch unauffällig. Therapievorschlag mit Meprobamat. Danach sei es ihr aber auch nicht viel besser gegangen und seit 4 Wochen wieder Verschlechterung.

Befund bei der von mir durchgeführten Kontrolluntersuchung am 22.9.1969: 55-jährige Patientin in ausreichendem AZ.

ziehenden Komponente, der stark von der psychischen Verfas-

zählen ihrer Eheepisoden). Der Kopf ist aktiv und passiv,

ten gleich gut beweglich. Im Gegensatz zu der starken Verspannung beider Musculi sternocleidomastoidei, ist die Nakken- und Schultermuskulatur nur mäßig tonisiert. Sonst neu-

rologisch unauffällig.

Psychischer Befund: Wenig differenzierte, anankastisch ordentliche, kontaktgestörte ("ich war ein Einsiedler", "ich weiß nicht, was ich mich unterhalten soll") Patientin, die offenbar auf Kosten der [illegible]-emotionalen Triebe ihre Minderwertigkeitsgefühle überwinden will und die Leistung und Arbeit mit der dadurch hervorgerufenen Anerkennung durch die Umgebung überschätzt.

Patient Nr. 18 R., Kurt geboren am 14.[illegible].19[illegible]

E[illegible]: unauffällig, keine extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

E[illegible]: Als Kind [illegible], seit 19[illegible] linksseitig [illegible]. 195[illegible] bei einem [illegible] [illegible]lung links, 1955 [illegible], nachdem [illegible]

[illegible]

[illegible] sehr gehabt hatte. Seine Frau nacht [illegible] und sei, nach seinen Angaben, auch heute noch nicht darüber hinweg, lasse es ihn aber nicht merken. Es traten jetzt zunehmende Verdrehungen des Kopfes nach links ein, er konnte

[illegible]

Westend Krankenhauses.

holabusus.

chendem AZ. In der Intensität wechselnde Drehungen des Kopfes nach links. Zunahme bei sich beobachtet fühlen während

cleidomastoideus. Klopfschmerzhaftigkeit der HWS. Kopfdrehung aktiv nach links gut, nach rechts, nach Überwindung eines gewissen Widerstandes, auch möglich. Passiv nach beiden Seiten gleich gut möglich. Zeichen der 1966 durchgemachten Hemiparese links mit lebhafteren Muskelsehnenreflexen an der linken oberen Extremität. Visusminderung links. Die linke Papille ist gegenüber rechts blasser und unschärfer, Macula unauffällig, Gefäße altersentsprechend. Rechter Fundus unauffällig. Keine Zeichen für ein organisch bedingtes extrapyramidales Leiden. Fraglicher, bisher noch nicht nachgewiesener vasculärer Prozeß als Ursache der Hemiparese und der immer wieder auftretenden kurzen Bewußtlosigkeiten.

Psychischer Befund: Subdepressiver Patient mit ausgeprägten Schuldkomplexen der Frau gegenüber ("das ist die Strafe dafür", "manchmal denke ich, einfach Schluß machen und dann ist alles vorbei!"). Er ist wenig differenziert und reagiert im affektiven Bereich oft inadäquat (antwortet auf eine Frage seine Suicidabsichten betreffend, was dann aus seiner Familie werden solle: "ich habe ja eine große Lebensversicherung abgeschlossen"). Sehr ordentlich und überpünktlich (war schon 1 Stunde vor dem festgesetzten

Züge.

IV. Diskussion

Im Rahmen dieser Arbeit wurden 18 von 36 an einem Torticollis spasticus erkrankte und von der Neurochirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik des Westend Krankenhauses Berlin in den Jahren von 1949 bis 1969 erfaßte Patienten nachuntersucht. 4 Patienten, die nicht nachuntersucht werden konnten, von denen ich jedoch einen mündlichen oder schriftlichen Bericht erhielt, werden anhand des Erstbefundes und der kurzen Mitteilung zum Kontrollzeitpunkt, mit den Buchstaben A bis D gekennzeichnet, soweit wie möglich zur Diskussion herangezogen.

Von der Gesamtzahl der 36 Patienten waren 23 Frauen und 13 Männer. Bei den für die Besprechung in Frage kommenden Fällen war die Verteilung Frauen zu Männern 12 zu 10.

Der Krankheitsbeginn dieser durch die Kontrolle erfaßten 22 Patienten lag im Durchschnitt bei 40 Jahren, wobei der Durchschnittswert für die Frauen bei 40 Jahren, die jüngste war 24, die älteste zum Krankheitsbeginn 61 Jahre alt, und für die Männer bei 45 Jahren lag, bei denen der jüngste 19, der älteste Patient 68 Jahre alt war. Läßt man die nur bei den Männern vorhandenen, sicher organisch bedingten Fälle (A, 2, 10) weg, so kommt man bei den übrigen 7 auf ein Durchschnittsalter zu Beginn der Krankheit von 49 Jahren, wobei der jüngste Patient jetzt 34 Jahre alt war.

Das durchschnittliche Untersuchungsintervall lag bei den

18 nachuntersuchten Patienten bei 5 Jahren, das längste betrug 16, das kürzeste 1 Jahr.

Bei der Gesamtzahl von 22 Patienten litten 2 Patienten von Anfang an neben dem Torticollis spasticus unter weiteren extrapyramidalen Bewegungsstörungen, die Folge einer anamnestisch gesicherten Encephalitis waren, wovon der eine wegen der zunehmenden Störungen seit Jahren in einer Anstalt lebt. Bei den übrigen Patienten läßt sich in der Anamnese kein Anhalt für eine Encephalitis finden.

Ein Patient (10), der wegen eines Torticollis spasticus er-

im HWS-Bereich mit einer Verdrehung des Kopfes nach rechts begann und jetzt die gesamte Wirbelsäule mit Versteifung und ausgedehnter Kyphosierung befallen hat.

Ein Patient (11) entwickelte 4 Jahre nach dem Auftreten des Torticollis spasticus nach links eine paranoid halluzinatorische Form der Schizophrenie, ohne daß sich an dem Krankheitsbild des Schiefhalses etwas änderte, was der Theorie

Ausbruch der Psychose den Tic heilen würde.

ten (1, 3, 4, 5, 8, 16, 17, 18) eindeutig nach einem psy-

chischen Trauma beweisen. Starke Fixierung auf das Krank- [illegible] lehnung einer psychischen Ursache ließen es zum Teil auch [illegible] 7 Patienten (6, 7, 9, 12, 13, 14, 15) nicht zu, die psychische Situation der Patienten und ihrer Umgebung zum [illegible] den waren.

Bei 3 Patienten (D, 6, 18) trat der Torticollis spasticus mehr oder weniger lange (1 Monat bis 12 Jahre) nach einem [illegible] nicht von dem Trauma betroffen. Bei Patient 18, bei dem auch der Kopf beteiligt war, war das Intervall zwischen [illegible] tig ein psychisches Trauma vorhanden war und er dieselben, [illegible] wie das Gros der Patienten zeigt.

[illegible] kungen war bei keinem der nachuntersuchten Patienten

vorhanden.
Zwei Patienten (3, 15) drehten den Kopf in die Richtung, in die sie ihn früher während der Arbeit ständig gedreht hatten.

Das hervorstechendste psychische Charakteristikum dieser Patienten waren Ängstlichkeit, die sich vor allem auf das Gebiet der Ordentlichkeit, Sauberkeit und Pünktlichkeit bezogen und bei 12 Patienten deutlich, bei 2 angedeutet vorhanden waren. Die fast stereotype Antwort auf die Frage, wie der Bleistift auf den Tisch liegen solle, lautete: "Er muß im rechten Winkel zur Tischkante liegen."

Als weiteres typisches Kriterium soll [illegible] mit dieser Eigenschaft bei 7 Patienten eine besondere Überbewertung der Leistung und ein starkes auf Anerkennung durch die Umwelt bedachtsein auf

Bei 9 Patienten läßt sich eine [illegible] nachweisen, wobei diese Patienten [illegible] lis spasticus nach links neigen, der Seite, die [illegible] VAN DEN MUER als die Seite der Verschlossenheit, Introvertiertheit, Schüchternheit und Gebundenheit von dem Großteil einer Versuchsgruppe bezeichnet wurde. 7 Patienten sind deutlich kontaktgestört, sensitiv und bezeichnen sich oft als "mimosenhaft", auch hier vor allem diejenigen, die den Kopf nach links drehen.

einigen aber latent vorhanden.

Zeichen einer latenten Aggressivität.

Bezeichnend für viele Patienten mit einem Torticollis

rentiertheit, die bei mehr als zwei Drittel der untersuchten Patienten (11 von 15) deutlich wird, die Fixiere

nahme der Symptome beim sich beobachtet fühlen.

Von den 7 für die Diskussion in Frage kommenden Männern boten 6 einen Torticollis nach links, wobei die Ehefrau

ten als bewußte Ablehnung zum Ausdruck. Die genaue Ursa-

chodiagnostische und psychotherapeutische Sitzungen, die bei den häufig wenig differenzierten Patienten dieses Krankheitsbildes oft ohne Erfolg bleiben, erforschen, was aber nicht Ziel dieser Arbeit war.

Eine ähnliche Problematik bestand bei den 5 Frauen, die einen Torticollis spasticus nach rechts zeigten. Bei 3 Patientinnen (4, 7, 16) war der Ehemann eindeutig die Konfliktperson. Diese Frauen waren im Gegensatz zu der Mehrzahl der Torticolliskranken latent aggressiv und benutzten das Wegdrehen des Kopfes nach rechts, was nach dem von VAN DER MEER gemachten Versuch mit aktiv, dynamisch, Freiheit und Zukunft gleichgesetzt wurde, als Symbol ihrer Eigenständigkeit und Freiheit. Bei den beiden anderen Patientinnen (6, 17), die sehr gering differenziert waren, ließen sich die Eigenschaften und auch die Konfliktperson nicht sicher feststellen.

Der einzige Mann, der einen Torticollis nach rechts zeigte (3), bot ebenfalls latent aggressive Züge. Eine Konfliktperson ließ sich bei ihm nur vermutungsweise in der Person der Mutter finden.

Bei den 4 anderen Patientinnen (5, 9, 14, 15), die unter einem Torticollis spasticus nach links litten und für die Passivität und Sensitivität typisch waren, ließ sich die Konfliktperson nicht eindeutig herausarbeiten. Auch hier drückt wahrscheinlich das Drehen des Kopfes nach links, der Seite der Vergangenheit und Passivität, ein sich in die Vergangenheit zurücksehnen bei nicht realisierbaren Wunschvorstellungen aus.

Alle nachuntersuchten Patienten wurden während ihrer Krankheit medikamentös behandelt, unter anderem mit Atropin, Homburg 680, Akineton, Taxilan, Decentan, Lyogen, Reparil forte, Aneural, Osnervan, Taractan, Meprobamat, Megaphen, Librium, Melleril, Bellergal und Valium, wobei ein Therapieerfolg in der überwiegenden Zahl der Fälle ausblieb. Nur Patientin Nr. 6 gab nach einer Schlafkur mit Librium eine dauernde Heilung an und war auch bei der Kontrolluntersuchung fast beschwerdefrei. Bei einigen anderen (2, 8, 9, 13, 15, 16) kam es zu einer passageren Besserung ohne bleibenden Erfolg. Die beste Wirkung kam neben dem bei der Torsions-Dystonie (2) zwischenzeitlich wirksamen Atropin und Akineton den allgemein sedierenden Mitteln zu.

Bei 6 Patienten (1, 3, 5, 6, 7, 15) wurden lokal medikamentöse Behandlungen mit Impletol- und Solvochin (7)-In-

durchgeführt, die bei Patientin Nr. 5, bei der sie bis zum

der Persönlichkeit durchgeführt wurden, einen dauernden, bei Patientin Nr. 6 einen passageren und bei den übrigen keinen Erfolg brachten.

Bei 7 Patienten (1, 3, 7, 8, 10, 14, 15) wurde eine physi-

genden Effekt, bei allen ohne Erfolg blieb.

Bei 6 Patienten (1, 5, 7, 10, 11, 15) wurden orthopädische Behandlungen mit der Glissonschlinge zur Streckung der HWS oder mit einer Ledermanschette oder Gipsmanschette um Brust,

bei den Patienten Nr. 1 und 5 zu einer deutlichen Verschlechterung und als quälend bezeichneten Beschwerden führte. 4 Patienten (1, 7, 14, 15) unterzogen sich einer chiropraktischen

sie geheilt, wobei aber auch von ihr die starke Persönlich-

lich keinen geringen Anteil an dem Erfolg hatte. Bei den anderen verlief diese Therapie erfolglos.

3 Patienten wurden operiert, wobei der eine, Patient A, an einer kombinierten, postencephalitischen, extrapyramidalen Bewegungsstörung mit Paralysis agitans und Retrocollis litt. Bei ihm wurden beide Nervi accessorii und die Nervenwurzeln von C2 und C3 durchtrennt, was passager eine Besserung erbrachte, bei dem komplexen Krankheitsgeschehen jedoch nicht verhindern konnte, daß der Patient wegen seiner zunehmenden Bewegungsstörungen in eine Anstalt aufgenommen werden mußte. Patientin D, bei der anamnestisch kein Anhalt für eine Encephalitis bestand, wurden wegen der Zwangshaltung des Kopfes nach rechts zunächst die hinteren und vorderen Wurzeln von C1 bis C3 beiderseits und wegen einer starken Verspannung des rechten Musculus sternocleidomastoideus und Fortbestehen der Tendenz zur Rechtsdrehung des Kopfes in einer zweiten Sitzung der rechte Nervus accessorius peripher, kurz vor dem Eintritt in den Muskel, durchtrennt. Danach zwar Besserung, zum Zeitpunkt der Entlassung aber wieder leichtes Drehen des Kopfes nach rechts, das auch noch bestand, als ich sie im November 1969 zur Kontrolluntersuchung einladen wollte. Über die psychische Verfassung ist außer der Fixierung auf das Krankheitsbild und depressive Verstimmung während des Klinikaufenthaltes nichts gesagt

worden, es ist vor allem nichts über ein eventuell aus-
beginnes zu finden. Bei dem Patienten Nr. 1 sind bis auf
zur Behandlung des Torticollis spasticus beschriebenen Operationen durchgeführt worden, die Durchtrennung des Nervus accessorius, der Hinter- und Vorderwurzeln von C2 und C3 und zuletzt des Musculus sternocleidomastoideus, ohne daß ein echter Erfolg zu verzeichnen gewesen wäre. Erst annähernd 8 Jahre nach dem letzten chirurgischen Eingriff kam es zu einer deutlichen Besserung, nachdem er seine persönliche, von ihm vollständig verdrängte Konfliktsituation in den Griff bekam (Wenden des Kopfes zur Gegenseite, seiner Frau und damit der Konfliktperson zu), ohne daß eine zusätzliche Therapie durchgeführt wurde.

Die Psychotherapie und das autogene Training, die bei 6 Patienten (B, 3, 5, 13, 15, 16) durchgeführt wurden, erbrachten, trotz häufig vorhandener geringer Differentiertheit und fehlendem Introspektionsvermögen einiger Patienten, bei allen Patienten einen deutlichen Therapieerfolg. Von vielen wurde es immer wieder als wohltuend bezeichnet, sich auszusprechen und angehört zu werden, wodurch sich zum großen Teil auch der Therapieerfolg bei den Patienten Nr. 5 und 14 erklärt.

Eine spontane, mit keiner Therapie sicher in Verbindung zu bringende Besserung trat bei den Patienten Nr. 4 und 9 auf. Verschlechtert hat sich der Zustand bei Patient Nr. 2, bei dem der Schiefhals ursprünglich nur nach links gerichtet war, jetzt wechselnden Charakter, teilweise nach hinten gerichtete Bewegungen aufweist und mit myoklonisch-athetotischen Bewegungen der Arme, des rechten Beines und der Zunge verbunden ist und bei Patient Nr. 10, bei dem eine progredient verlaufende Spondylitis ancylopoetica vorliegt. Unverändert waren die Befunde bei den Patienten Nr. 7, 11, 17 und 18, wobei Patient 11 zusätzlich unter einer 1968 diagnostizierten Schizophrenie leidet. Bei den anderen, bei denen kein Anhalt für ein organisch bedingtes, extrapyramidales Leiden besteht, ist bisher kein Versuch einer Psychotherapie oder eines autogenen Trainings unternommen worden, zumal sie eine psychische Ursache des Leidens bei sich besonders stark ablehnen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß nach einer ausführlichen, vor allem das Problem der familiären Disposition und der encephalitischen Komplikationen von Infektionskrankheiten erfassenden Anamnese, einem sehr sorgsamen neurologischen Status, nach Möglichkeit im Abstand von einigen Wochen kontrolliert, um solche Fälle, wie den Patienten Nr. 10, bei dem eine im HWS-Bereich beginnende Spondylitis ancylopoetica das Bild eines Torticollis

spasticus bot, auszuschließen, das Hauptaugenmerk auf die Erforschung der psychischen Situation des Patienten und seiner Umgebung zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes gerichtet werden sollte und die bei einem großen Teil der Patienten zu findenden psychischen Charakteristika wie anankastisch erscheinende Ordentlichkeit, geringer Differenziertheitsgrad, Überschätzung der Leistung, Passivität und Schuldthematik aufzudecken, um sie dann einer Psychotherapie, die nach den Erfahrungen mit diesem Patientenkollektiv die einzig adäquate dem Patienten angemessene und ihn am wenigsten belastende Behandlung darstellt. Unterstrichen wird diese Behauptung durch den bei Patient 1 sicher ausgebliebenen Erfolg der chirurgischen Interventionen und die bei Patientin D leider nur vermutete ähnliche Problematik bei nicht sicherem chirurgischen Therapieerfolg. Bei einigen wenigen, dann aber einwandfrei anamnestisch und klinisch gesicherten Fällen von organisch bedingten extrapyramidalen Bewegungsstörungen, die in ihrem psychischen Verhalten völlig anders reagieren und keines der oben mehrfach beschriebenen psychischen Charakteristika bieten, die bei den Patienten auftraten, bei denen der Torticollis spasticus Ausdruck einer Neurose ist und bei denen die Bewegungsstörungen auch nicht nur auf die Kopf- Halsregion beschränkt bleiben, mag die Operation indiziert sein.

Bei den Patienten, bei denen der Torticollis spasticus nicht Folge einer postencephalitisch bedingten extrapyramidalen Bewegungsstörung oder eines im HWS-Bereich auftretenden Morbus BECHTEREW ist und die nachuntersucht werden konnten, stellt der Torticollis spasticus ein auf Kopf und Hals beschränktes Konversionssyndrom dar.

Mit einem Zitat aus der Arbeit von BARR und HILL, das mit wenigen Worten das Problem des Torticollispatienten umreißt und dem ich mit Ausnahme der oben mehrfach angeführten, sicher organischen Fälle zustimme "in all unseren Fällen war das Symptom des Torticollis ein beredter Ausdruck des Konfliktes oder Dilemmas der Patienten", möchte ich schließen.

V. Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Arbeit wurden 18 von 36 in der Neurochirurgischen Universitäts-Poliklinik des Westend Krankenhauses wegen eines Torticollis spasticus erfaßten Patienten nachuntersucht, wobei die ursprüngliche Verteilung von Frauen und Männern 23 zu 13, bei der Kontrolluntersuchung dann 9 zu 9 war. Zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes betrug das Durchschnittsalter der nachuntersuchten Patienten 42 Jahre. Dabei fand sich ein Patient, der von Anfang an unter einer kombinierten postencephalitisch bedingten Bewegungsstörung mit choreatisch-athetotischen Bewegungen der oberen Extremitäten und einem Torticollis spasticus litt, ein anderer mit einer im HWS-Bereich beginnenden Spondylitis ancylopoetica und ein dritter Patient, bei dem 4 Jahre nach dem Auftreten des Torticollis spasticus eine Schizophrenie diagnostiziert wurde. Bei den übrigen 15 Patienten war der Torticollis spasticus Ausdruck eines auf Kopf und Hals beschränkten Konversionssyndroms. Ein ursächliches psychisches Trauma ließ sich nur bei 8 dieser Patienten sicher nachweisen. Die übrigen Patienten boten jedoch ebenfalls die für all diese Patienten typisch erscheinenden psychischen Charakteristika wie unauffällig erscheinende Ordentlichkeit, geringe Differenziertheit, Sensitivität und Passivität. Heredität wurde in keinem der Fälle beobachtet. Organische Traumen konnten nicht

ursächlich mit dem Auftreten des Schiefhalses in Verbindung gebracht werden und nur in dem einen oben beschriebenen Fall lag eine Encephalitis vor.
Von allen in der Literatur beschriebenen und an den Patienten durchgeführten Behandlungsmethoden kommt nach den Ergebnissen dieser Arbeit in dem Gros der Fälle nur der Psychotherapie, dem autogenen Training und allen die Selbstsicherheit und Ruhe des Patienten fördernden Methoden ein positiver Effekt zu. Ohne sicheren Erfolg blieben die operativen Behandlungen und die, die Beweglichkeit des Kopfes einschränkenden, orthopädischen Methoden. Bei 3 Patienten kam es zu einer in keiner Beziehung zu einer Therapie stehenden, spontanen Remission.

1. AGRAS St./MARSHAL C.: The application of negativ practice to spasmodic torticollis. Amer. J. Psychiatr. 122 579 - 582 1965

2. AIPERS B.J./Drayer C.S.: The organic background of some cases of spasmodic torticollis. Report of case with autopsy. Amer. J. med. Sci. 193 (378 - 384) 1937

3. ARSENI C. und SANDOR G.: Klinisch-statistische Analyse von 50 operierten Fällen von T. sp. Zbl. Neurochir. 20 (91 - 97) 1960

4. BARR R./HILL G.: Acquired spasmodic torticollis in a male homosexual. J. nerv. ment. Dis. 130 (325 - 330) 1960

5. BOGAERT L. van: Rev. neurol. 64 (886 - 901)

6. BOSTRÖM/LÄWEN A.: Zur operativen Behandlung des spastischen Schiefhalses. Dtsch. med. Wschr. 1934 II (1535 - 1537)

7. BRÄUTIGAM W.: Grundlagen und Erscheinungsbild des T. sp. Verlaufsuntersuchungen bei 25 Pat. Nervenarzt 25 (451 - 462) 1954

8. BUMKE O. und FOERSTER O: Handbuch der Neurologie Band IV Julius Spinger Verlag Berlin 1936

9. CASSIRER R./[illegible]: Klin. Wschr. 1 ([illegible]) 1922

10. CLEVELAND S.E.: Personality dynamics in torticollis. J. nerv. ment. Dis. 129 (150 - 161) 1959

11. EDERLE: Klinik der extrapyramidalen Syndrome in Klinik der Gegenwart Band X, herausgegeben von H.E. Bock, W. GEROK und F. HARTMANN, URBAN und SCHWARZENBERG, München - Berlin - Wien 1955

12. FERENCZI S.: Bausteine zur Psychoanalyse. 1964
2. Auflage

13. FOLTZ E.L.: KNOPP L.M., WARD jr. Experimental spasmodic torticollis.
J. Neurosurg. 16 (55 - 72) 1959

14. FRAZIER Ch.H.: Spasmodic torticollis. Interruption of the afferent system alone the treatment.
Ann. Surg. 91 (848 - 854) 1930

15. GRINKER R./WALKER E.: The pathology of sp. t. with a note on respiratory failure from anaesthesia in chronic encephalitis.
J. nerv. Dis. 78 (630 - 637) 1933

16. HALLERVORDEN J.: Torsionsdystonie
in Handbuch der spez. patholog. Anatomie und Histologie Band VIII/1 S. 925
herausgegeben von H.W. Altmann u.a., New York 1971

17. HANDA H.: ASAKI Ch., MORI K., MIZAWA I., ITO M.: Sp. t. treated by chemothalamotomy and chemopapillidotomy.
Conf. neurol. (Basel) 22 (393 - 396) 1962

18. HASSIN G.B.: SCHAUB C.F., VORIS H.C.: Spasmodic torticollis
Arch. Neurol. 26 (1043 - 1052) 1931

19. HASSLER R.: Torticollis spasticus
in Handbuch der Inneren Medizin Band V/3
herausgegeben von V. BERGMANN, W. FREY, H. SCHWIEGK, SPRINGER Verlag,
Berlin - Göttingen - Heidelberg 1953

20. HASSLER R.: DIECKMANN G.: Die stereotaktische Behandlung des Torticollis aufgrund tierexperimenteller Erfahrungen über die richtungsbestimmten Bewegungen.
Nervenarzt 10 (474 - 487) 1970

21. [illegible] logic analysis of involuntary motor activity.
Arch. Neurol. 61 (129 - 136) 1949

22. HERZ E.: GLASER G.H. sp. t. II Clinical evaluation.
Arch. Neurol. 61 (227 - 239) 1949

23. HIRSCHFELD BERNARD A.: YASKI J.C.: Case of tonic torticollis relieved by fever Therapy.
Arch. Neurol. 36 (871 - 874) 1936

24. [illegible] des Torticollis.
Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 96 (356 - 365) 1965

25. LAITINEN L.: Stereotaxic Treatment of sp. t.
Acta neurol. scand. 39 Suppl. 4
(231 - 136) 1963

26. [illegible] precede par un spasme de oculogyres, Myotomies Guerison.
Rev. neurol. 41 II (792 - 795) 1934

27. [illegible] phänomenalen Raumes.
Verlag für Psychologie Dr. C.J. Hogrefe
Göttingen 1959

[illegible]
Z. psycho-som. Med. 8 (255 - 267) 1962

29. MITSCHERLICH M.: Darstellung eines Falles von T. sp. unter Berücksichtigung des Problems der Sucht. Sitzungsbericht der Südwestdeutschen Neurologen und Psychiater vom 1.6.1958 in Baden-Baden

30. MURPHY W.F./CHASWN M.: Sp. t. A case presentation and discussion
Psychoanalytic Rev. 43 (18 - 30) 1956

31. OPPENHEIM H.: Lehrbuch der Nervenkrankheiten Band II S. KARGER, Berlin 1923

PEYSER F.: Zur Behandlung des Torticollis spasticus. Fortschr. Ther. 7 (90) 1931

PODIVINSKY F.: Torticollis
In: Handbook of clinical neurology. (567 - 603) Edit. by P.J. VINKEN and G.W. BRUYN, Vol. 6

POPPEN J.L./MARINEZ- NIOCHET A.: Spasmodic torticollis. Surg. Clin. N. Amer. (883- 890) 1951

PUTNAM T.J.: HERZ E., GLASER G.H.: Spasmodic torticollis. III Surgical treatment.
Arch. Neur. 61 (240 - 247) 1949

36. QUADFASEL F./KRAYENBUHL H.: Über Haltungsstörungen und ihre Beeinflußbarkeit. Eine klin. Untersuchung bei Kranken mit T. sp. mobilis.
Mschr. Psychiatr. 88 (39 - 86) 1934

37. RAND C.W.: Sp. t. Recurrent after a free intervall of thirty years.
Amer. J. Surg. 23 (184 - 190) 1934

38. SCHALTENBRAND G.: Klinik und Behandlung des T. sp.
Dtsch. Z. Nervenheilk. 145 (36 - 53) 1938

39. SCHIFFER K.H./GROS H./KIRNBERGER E.J.: Zur Frage des kryptogenetischen T. sp.
Nervenarzt 27 (552 - 556)

40. SCHUTTERMAYER F.: Ein Fall von psychogenem T. nach Schädeltrauma und seine Begutachtung.
Mschr. Unfallheilk. 45 (177 - 194) 1938

41. SCHÜRMANN K.: Der Torticollis spasticus

In: Handbuch der Neurochirurgie Band VI (116) herausgegeben von H. OLIVECRONA und W. TÖNNIS, SPRINGER Verlag
Berlin - Göttingen - Heidelberg 1957

42. SCHWIND F.: SCHÜTZ E.: Beitrag zur konservativen Behandlung des T. sp.
Nervenarzt 31 (318 - 319) 1960

43. SPITZ R.A.: Nein und Ja
Klett-Verlag Stuttgart 1960

44. STUTTE H.: Über den striären Schiefhals, insbesondere seine Beziehungen zu extrapyramidalen Bewegungsstörungen.
Nervenarzt 18 (224 - 229) 1947

45. TÖNNIS W.: Die operative Behandlung des spastischen Schiefhalses.
Münch. med. Wschr. 1935 I (654 - 655)

46. VERBIEST H.: Neurosurgical experiences on the treatment of sp. t., athetosis and parkinsonian tremor.
Fol. psychiatr. neurol. 52 (204 - 226) 1949

47. WHILES W.H.: Treatment of sp. t. by psychotherapy.
Brit. med. J. Nr. 4145 (969 - 971) 1940

48. WILDER J.: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie
Band II S. 552
herausgegeben von V.E. FRANKL, VE FREIHERR VON GEBSATTEL, J.H. SCHULTZ, URBAN und SCHWARZENBERG
München und Berlin 1959

49. YASKIN J.C.: Treatment of sp. t. with spezial reference to psychotherapy, with report of a case.
Arch. of Neur. 32 (1115 - 1116) 1934

50. YASKIN J.C.: The treatment of spasmodic torticollis with special reference to psychotherapy, with a report of a case.
J. nerv. Dis. 81 (299 - 310) 1935